FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

534

ANNÉE 1968 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Claude DURET

Né le 1er juillet 1936, à Paris 5e

Présentée et soutenue publiquement le 196

ETUDE PRONOSTIQUE, THERAPEUTIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DU DELIRIUM TREMENS EN MILIEU REGIONAL FAVORISE

Président : M. GAULTIER, Professeur

PARIS — 1968

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Claude DURET

Né le 1er juillet 1936, à Paris 5e

Présentée et soutenue publiquement le 196

ETUDE PRONOSTIQUE, THERAPEUTIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE DU DELIRIUM TREMENS EN MILIEU REGIONAL FAVORISE

Président : M. GAULTIER, Professeur

PARIS — 1968

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique ..	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.)
	GONNARD (P.)
	NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.)
	GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie ..... MORICARD (R.)

Statistique médicale et épidémiologique ..... SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.).
Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.).

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.).
Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROSOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père

qui restera toujours pour moi l'exemple des plus hautes vertus morales.

A ma Mère

qu'elle trouve ici le témoignage de mon amour filial, de mon respect, qu'elle me permette de lui exprimer mon immense gratitude pour tous les sacrifices qu'elle a consentis pour moi.

A mon Frère

A ma Belle-Soeur

En témoignage d'immense gratitude pour l'aide précieuse qu'ils m'ont apportée pendant mes études.

A ma Famille

A mes Amis

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAULTIER

Professeur de Clinique Toxicologique

Hôpital Fernand WIDAL

Qui nous a fait le très grand honneur

d'accepter la présidence de cette thèse.

En hommage respectueux.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549932_0029

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVAUX

Médecin Chef de l'Hôpital de Coulommiers

dont nous avons été l'élève pendant deux ans, notre très respectueuse gratitude pour l'enseignement de haute valeur qu'il nous a dispensé avec tant de bienveillance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LUCIANI

Médecin Adjoint de l'Hôpital de Coulommiers

Son humanité, sa grande expérience,
son sens clinique aiguisé nous
serviront de guide.
Qu'il nous permette de lui exprimer
ici notre amitié reconnaissante.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SOUBRIER

Neuro-Psychiatre à l'Hôpital Fernand Widal à Paris

Sa grande connaissance de la psychiatrie, ses conseils très avisés nous ont été d'un inestimable secours, qu'il nous soit permis de lui exprimer notre profonde reconnaissance pour la grande bonté qu'il nous a témoignée, le temps précieux qu'il nous a consacré tout au long de l'élaboration de ce travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE GODEAU

Pour tout ce que nous avons appris
lors des présentations mensuelles de
malades du Service de Médecine
Générale de l'Hôpital de Coulommiers.

A tous les Médecins de l'Hôpital de Coulommiers

A tous les Médecins de l'Hôpital de Senlis

A mes Amis de la Salle de Garde de Coulommiers.

I N T R O D U C T I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Au cours des deux années que nous avons passées à l'Hôpital de Coulommiers, en qualité d'Interne en Médecine dans le Service de Médecine Générale du Docteur DEVAUX, nous avons été frappés par le grand nombre de cas de délirium tremens que nous recevions dans le Service. Le Docteur DEVAUX nous a alors suggéré qu'il serait intéressant d'étudier les raisons qui motivent ce nombre important de délirium trémens et son augmentation récente dans une région qui n'est pas à priori, réputée comme étant une zone où l'alcoolisme sévit à l'état endémique. Le Docteur DEVAUX nous a demandé de nous faire conseiller, pour ce travail, par le Docteur SOUBRIER, Neuro-Psychiatre, à l'Hôpital Fernand Widal, dans le Service de Monsieur le Professeur GAULTIER. Nous avons donc conclu au titre suivant :

ETUDE PRONOSTIQUE, THERAPEUTIQUE et EPIDEMIOLOGIQUE DU DELIRIUM TREMENS, EN MILIEU REGIONAL FAVORISE,

cette étude étant limitée au problème régional de Coulommiers qui nous intéresse.

Dans un premier chapitre nous étudierons l'épidémiologie du délirium trémens dans la région de Coulommiers en nous efforçant de déceler les causes générales de l'alcoolisme dans cette région.

Nous étudierons ensuite les causes déclenchantes des délirium trémens que nous avons eu à traiter dans le service dans une seconde

partie, nous étudierons le délirium trémens, la clinique restant la même, son traitement et ses complications tels que nous avons pu les observer pendant les deux ans que nous avons passés dans le Service de Médecine Générale du Docteur DEVAUX.

Dans un troisième chapitre, nous étudierons le pronostic du délirium trémens tel que nous pouvons l'établir dans la région de Coulommiers.

Notre étude portera sur 49 observations (41 hommes et 8 femmes) sur une période s'étendant du 1er Octobre 1965 au 1er Octobre 1967.

Nous allons maintenant aborder le chapitre de l'épidémiologie du délirium trémens en nous limitant, répétons-le, au problème de Coulommiers et de sa région.

Nous diviserons le chapitre en 2 parties :

Dans la 1ère, nous essaierons de dégager les causes générales de l'alcoolisme dans la région,

dans la seconde, nous étudierons les motivations propres à chacun de nos malades.

Voyons maintenant les causes générales de l'alcoolisme dans la région de Coulommiers.

Ces causes nous semblent ramener à deux principales :

- d'abord causes géographiques, ensuite causes sociales et économiques.

Ces deux facteurs étant très souvent en liaison étroite comme nous le verrons ultérieurement.

Situons d'abord géographiquement le problème :

Situé à une soixantaine de kms de PARIS, au centre de la Brie, COULOMMIERS avait une vocation essentiellement agricole tirant ses ressources de l'importance de ses marchés, surtout de la vente des fromages fabriqués en grande quantité dans la région.

Mais ces dernières années, COULOMMIERS a subi le contrecoup de l'expansion de la région parisienne. La population de la ville a presque triplée durant les 10 dernières années entraînant la création d'une véritable citée H.L.M. satellite.

Par ailleurs des usines métallurgiques, des papeteries se sont implantées dans COULOMMIERS même ou dans la région, créant ainsi une population ouvrière traditionnellement exposée à l'alcoolisme, et ceci nous amène à aborder les causes sociales de l'alcoolisme dans cette région.

Elles tiennent à notre avis au manque total de vie intellectuelle et de distractions dans COULOMMIERS et sa région.

Du fait de sa situation dans la grande banlieue parisienne, COULOMMIERS dépend totalement de PARIS pour les activités culturelles et sociales. Or, les communications avec la capitale sont difficiles : les trains sont rares et d'horaires peu commodes, des cars mettent près de deux heures pour parcourir 60 kms, quant à la route, elle est très étroite, très encombrée rendant les voyages en voiture particulièrement pénibles.

A COULOMMIERS même, existe deux salles de cinéma mal aménagées passant de vieux films.

Quant au théâtre, ses activités sont à peu près nulles.

La seule source de vie sociale, le seul lieu de rencontre restent donc les cafés. Ils sont nombreux, ils s'en ouvrent sans cesse de nouveaux et ils sont fréquentés du matin au soir par une clientèle nombreuse qui dans sa grande majorité ne consomme que des boissons alcoolisées. Très souvent ces cafés sont équipés de télévision et l'on vient pour voir un film plus récent à la télévision.

Si nous voulons résumer les motivations collectives de nos malades, nous pouvons diviser ceux-ci en 2 catégories principales et une catégorie moins importante.

- la première catégorie est constituée par les ouvriers agricoles fort nombreux dans les grandes fermes de la région. Ils sont choisis,souvent intentionnellement,parmi les individus au coefficient intellectuel très bas. Le salaire de ces ouvriers qui souvent ne dépasse pas 300 F par mois leur interdit tout espoir de changer de condition, tandis que leur famille est pour la plupart du temps exploitée gratuitement par le fermier.

Pour ces véritables serfs, le café constitue l'unique lieu où ils peuvent espérer trouver une ambiance sympathique. Ils passent du reste leur dimanche au café.

- la seconde catégorie est constituée par des ouvriers d'industrie gagnant assez bien leur vie, ils fréquentent le café car celui-ci constitue comme nous l'avons dit plus haut quasiment la seule source de distraction de la région.

- la troisième catégorie enfin, la moins importante, est constituée par des commerçants ou des techniciens gagnant bien leur vie. Chez ces derniers l'alcoolisme est souvent motivé par une situation familiale névrosante survenant chez des sujets carencés affectivement et facilement anxieux.

Nous allons maintenant essayer de déterminer les motivations particulières de chacun de nos malades.

Pour cela, nous avons fait un tableau(N° 4)dont se dégagent tout d'abord plusieurs remarques d'ordre général.

On est d'abord frappé par l'âge des malades; en effet alors que la plupart des auteurs s'accordent à situer l'âge moyen des malades faisant un D.T. vers 50 ans, nous avons dans notre tableau un grand nombre d'adultes jeunes : l'âge moyen se situe vers 34 ans et il n'est pas exceptionnel de trouver des malades avant moins de 30 ans.

Une deuxième remarque s'applique à la situation professionnelle de nos malades (Tableau N° 5) : il s'agit en effet dans la presqu totalité des cas,ainsi que nous le disions plus haut, de malades occupant des emplois subalternes que l'on pourrait presque exclusivement assimiler à des manoeuvres et qui font un travail de force très intense.

Parmi ceux-ci, il est important de noter une très forte proportion de sujets présentant une transplantation professionnelle : plusieurs de nos malades ouvriers, industriels de fraîche date sont d'anciens ouvriers agricoles. Plusieurs ont exercé de nombreuses professions avant de trouver un emploi stable dans une des usines de la région.

Nous pouvons donc dégager de ces données, la notion de transplantation et en quelque sorte de déclassement professionnel d'un grand nombre de ces malades : notion qui nous paraît intéres-

sante à souligner en raison de son caractère névrosant qui nous semble constituer sans aucun doute un facteur favorisant de l'alcoolisme chez ces malades mais survenant sur un terrain fragile et prédisposé.

(N° 6)

Nous étudierons maintenant dans un autre tableau, une donnée qui nous paraît intéressante et qui est la situation familiale de nos malades.

Nous sommes en effet frappés par deux chiffres :

1°) le nombre relativement important de divorcés

2°) le nombre presque aussi important de célibataires débiles de nos malades.

Dans la 1ère catégorie, nous relevons un nombre important de divorcés après des mariages conclus très jeunes, sans que la situation matérielle des 2 conjoints soit assurée.

Il s'agit alors de sujets ayant divorcés au bout de 2 ans de mariage souvent après la naissance d'un enfant qui va aggraver les difficultés financières du ménage.

Quant aux célibataires, nous trouvons parmi eux un fort pourcentage d'ouvriers agricoles au niveau intellectuel la plupart du temps fort bas.

Ces notions nous ont paru intéressantes à souligner, car il est admis par de nombreux auteurs que la tendance à l'alcoolisme est plus fréquente chez ces deux catégories sociales (divorcés et célibataires) que les sujets mariés ayant une vie familiale heureuse, stable.

On a fait d'ailleurs récemment une remarque analogue à propos des accidents de la route. Il semble que dans les deux cas un certain déséquilibre affectif serait par son caractère traumatisant et névrosant à l'origine de l'éthylisme chez ces malades - éthylisme dépressif -

Après avoir étudié les motivations générales et particulières de nos malades, nous allons nous efforcer maintenant de déterminer les causes déclenchantes éventuelles du délirium chez nos patients. Avant toute chose, nous rappellerons les causes classiques du délirium trémens. Dans sa thèse soutenue à Paris en 1965 et présidée par Monsieur le Professeur LEREBOULLET, Monsieur Daniel BRAUN, étudiant le pronostic d'avenir du délirium trémens, trouve comme cause déclenchante de la crise, un facteur infectieux dans 31 % des cas,

le sevrage dans 28 % des cas,

un traumatisme dans 11 % des cas,

un excès d'alcool dans 7 % des cas,

une infection chirurgicale dans 5 % des cas,

une hématémèse dans 5 % des cas.

La cause n'a pas été retrouvée dans 13 % des cas.

Quant à nous, nous diviserons cette rubrique en 2 parties : dan la 1ère, nous étudierons le cas des malades admis en Médecine ou Chirurgie pour des causes autres que le délirium trémens.

Dans la seconde partie, nous étudierons le cas des malades envoyés directement dans le service de Médecine Générale du Docteur

DEVAUX, par leur médecin traitant pour D.T.

(N° 8)

Dans le 1er cas, nous avons fait un tableau qui met en évidence le grand nombre de malades qui, admis en chirurgie pour accident de travail ou accident de la voie publique nous ont été transférés dans des délais variables pour traitement de leur D.T. constitué en chirurgie. Nous rappellerons à ce propos que le premier cas de délirium trémens a été décrit par l'illustre chirurgien DUPUYTREN.

Dans cette catégorie, il est frappant de constater le petit nombre de sujets admis en chirurgie pour des causes autres que des accidents. Il s'agit soit de sujets éthyliques connus, soit de sujets dont l'éthylisme est manifesté par l'aspect clinique : variscosités, tremblements de la langue, euphorie et éloquoicité, quelquefois nous obtenons de l'intempérance.

Il est à signaler que bon nombre de ces sujets ont des antécédents évocateurs : accidents du travail fréquents, accidents de la route ayant motivé le retrait du permis de conduire, actes de violence signalés par le Commissariat.

Quelques fois même, notion de cure de désintoxication antérieure.

Chez tous ces blessés, le D.T., survient en moyenne 3 ou 4 jours après l'hospitalisation du malade; il s'agit donc de toute évidence de D.T. à potu-suspenso comme le démontre les observations que nous présenterons tout à l'heure.

Enfin, dans de très rares cas, il s'agit de malades entrés en chirurgie pour une autre cause que des accidents mais auxquels s'appliquent les mêmes remarques concernant les antécédents d'éthylisme.

En ce qui concerne maintenant les malades directement hospitalisés en Médecine, nous pouvons les diviser en deux catégories :

Dans un 1er groupe, les malades qui nous sont adressés directement pour délirium par leur médecin traitant ou la gendarmerie.

- une deuxième catégorie comprend les malades qui, éthyliques connus ou non constituent leur Délirium dans le Service.

Dans les 2 catégories, on relève avec une grande fréquence qu'un épisode infectieux : infection virale ou même pneumonie des alcooliques que nous avons pu observer plusieurs fois en particulier, chez des ouvriers agricoles, a précédé l'installation du D.T.; et a souvent motivé l'hospitalisation.

Certains malades enfin, éthyliques connus adressés pour cirrhose ou cardiopathie vont constituer leur délirium dans le service.

Il s'agit donc là encore de D.T. à potu-suspenso, c'est cette cause déclenchante que nous avons observée chez la quasi-totalité de nos malades.

Après avoir étudié dans ce premier chapitre l'épidémiologie du délirium trémens dans la région de COULOMMIERS, et après nous être efforcés de déterminer les causes déclenchantes des cas de délirium que nous avons eu à traiter dans le Service du Docteur DEVAUX. Nous allons étudier maintenant dans une deuxième partie le délirium : ses complications et son traitement.

Dans un premier temps, nous exposerons les données cliniques du D.T. et nous ferons un résumé thérapeutique du traitement de cette affection.

Dans une seconde partie, nous étudierons les problèmes particuliers d'ordre thérapeutique que nous avons à résoudre à l'Hôpital de COULOMMIERS en raison de la nécessité où nous nous trouvons, et nous insistons sur ce point de traiter les déliriums dans un service de Médecine Générale.

Rappelons tout d'abord la définition du D.T.

Dans sa monographie sur le D.T., le Professeur BOUDIN donne du délirium la définition suivante :

"Le délirium est une complication aiguë de l'alcoolisme chronique, faute de critère biologique spécifique. La définition doit en rester purement clinique : il s'agit d'un délire aigu, confuso-onirique avec agitation qui apparaît chez un alcoolique chronique et qui évolue d'une manière paroxystique en quelques jours dans un tableau général grave comportant 4 signes caractéristiques : fièvre, sueurs profuses, tremblement intense très spécial, déshydratation".

Cette définition différencie nettement le D.T. de l'ivresse et le rapproche au contraire du délire sub-aigu confuso-onirique des alcooliques qui s'en distinguent seulement par une moindre gravité des signes généraux.

La description clinique pourrait être la suivante, description que nous avons empruntée à la question d'Internat : "Conduite à tenir devant un délirium trémens" par Monsieur le Docteur J.P. SOUBRIER (1964).

On est en présence d'un sujet d'aspect évocateur :

- facies vultueux en sueur d'odeur forte
- tremblement généralement intense
- en proie à une agitation incessante, traduisant :

Le délire ironique :

- fait d'hallucinations diverses
- auditive avec injures, menaces
- visuelles colorées, figurées
- cénesthésiques avec sensation de piqûre, de bêtes gluantes sur la peau.
- Délire vécu, riche, hyperactif, de rêve où se mêlent divers thèmes, de jalousie, professionnels, zoopsiques, en représentation cinématographique.
- Délire encore particulier par :

  Outre le caractère dangereux fréquent pour le malade et son entourage (vécu terrifiant) : sa variabilité, sa mobilité et sa suggestibilité, et sa recrudescence le soir ou à l'obscurité, encore marqué par des paroxysmes anxieux.

Cependant, entre ces paroxysmes, on peut mettre en évidence l'ELEMENT CONFUSIONNEL avec :

- désorientation temporo-spatiale,
- fausse reconnaissance
- perplexité

dont le malade gardera une amnésie complète.

A ce tableau confuso-onirique, s'ajoute l'insomnie de valeur diagnostique et pronostique.

A l'examen d'un tel sujet on retrouve les autres éléments diagnostiques :

- syndrome neurologique particulier :
  - avant tout le tremblement :
    - intense,
    - généralisé à tout le corps,
    - avec sensation vibratoire,
    - permanent, persistant au repos,
    - en rapport avec la gravité du D.T.
  - dysarthrie pâteuse avec paresse de la lèvre supérieure, sécheresse de la langue.
  - analgésie à la douleur.
  - et à la station debout :
    - démarche instable avec incoordination motrice et élargissement du polygone de sustentation.
    - tendance à la chute.
  - plus inconstants sont : myosis, abolition achilléenne, et crises d'épilepsie.

- Les signes généraux intenses, attestent du désordre métabolique :
    - Température à 40°
    - sueur profuse d'odeur poladique
    - soif exagérée,
    - déshydratation massive avec langue sèche rotie, cartonnage de la bouche,
    - oligurie

Devant ces symptômes, on précise le syndrome biologique constant d'énormes valeurs pronostiques confirmant ce syndrome clinique général :

Sang :
- prétention d'urée
- chute du potassium
- azotémie, cétonémie voire acidose

Urine :
- azoturie et cétonurie,

donc déshydratation globale.

On pratique en même temps un bilan hépatique.

Il est cependant des formes cliniques :

1°) grave d'emblée :

- ataxo-adynamique avec collapsus
- mortelle

Surtout délire sub-aigu qui réclame cependant hospitalisation urgente et même traitement, pronostic identique.

On recherchera toujours une cause déclenchante en particulier traumatique et on pensera à l'hématome sous-dural à évacuer d'urgence.

On recherchera une infection des poumons, une intoxication.

Enfin, on recherchera l'absence de raideurs méningées et on hésitera pas au moindre doute à pratiquer une ponction lombaire.

Bref, on ne saura porter d'autre diagnostic tel que :

a) Si l'éthylisme est non avoué :

1) encéphalite psychotique aiguë azotémique de MARCHANT

2) délire aigu toxique - opium, cocaïne, éther, café...

3) psychose aiguë épileptique

4) ailleurs, d'une méningite aiguë et d'une hémorragie méningée.

b) L'éthylisme étant connu :

1) ivresse

2) encéphalopathie alcoolique

La constatation de ce syndrome de D.T. impose le traitement d'urgence dont nous rappellerons les 5 principes fondamentaux :

- malade à la lumière,
- détaché,
- à réhydrater,
- à calmer.

Traitement de la cause déclenchante : si possible aidé d'un personnel spécialisé.

Après cette description des principaux symptômes du D.T. nous rappellerons que MAGNAN dans son livre "De l'Alcoolisme" publié en 1874 donnait une excellente description du D.T. utilisé par Emile ZOLA dans son livre "L'Assomoir".

Nous énumérerons maintenant les principales complications aiguës du D.T. : c'est d'abord le décès soit d'emblée, dans les formes graves avec collapsus, soit secondairement dans un tableau de coma hépatique ou d'insuffisance rénale aiguë. Nous mentionnerons d'autre part le très grave et très fréquent hématome sous-dural.

Nous allons aborder maintenant le traitement du D.T. Nous l'étudierons sous forme de résumé des principales thérapeutiques utilisées ces dernières années et parallèlement cette étude nous amènera à signaler l'évolution du pronostic du D.T.

Avant 1930, la médication de base était la Strychnine obligeant à un sevrage brutal. On employait avant 1940 la potion de TODD et la classique bouteille de Bourgogne. On employait également la Réserpine à la dose de 3 mgr par 24 heures en sous-cutanée.

Vers 1953, après une accalmie due à la guerre, on assiste à une augmentation brutale du nombre de Délirium.

Aux thérapeutiques précédentes viennent s'ajouter l'alcool intra-veineux en solution glucosé 100 cm3 par jour.

On utilisait également le sulfate de magnésium pour lutter contre l'oedème cérébral. Puis, LABORIT et COIRAULT établissaient l'usage du LARGACTIL mais on pense à l'heure actuelle que ce dernier produit n'est qu'actif qu'à la dose de 200 mg par 24 h. : dose où l'on risque une chute de la tension artérielle.

L'accent est mis sur les modifications ioniques et les perturbations de l'excitabilité neuro-musculaire.

On commence à cette époque la Cortisone et l'A.C.T.H.

Le grand mérite de BOUDIN et de ses Collaborateurs a été de mettre à leur vraie place les perturbations métaboliques et de caractériser le syndrome biologique du D.T. comportant 5 signes principaux :

- une déshydratation globale intra et extra-cellulaire,
- un catabolisme azoté intense,
- une accumulation de corps cétoniques,
- des troubles ioniques marqués essentiellement par une chute du Potassium,
- le 5ème signe étant la chute des éosinophiles.

D'où de ces notions découlent le traitement actuel :

- tout d'abord la réhydratation ,car la déshydratation était autrefois la cause principale des décès. Mais déjà MAGNAN conseillait le pot de limonade. D'ailleurs ce fait est bien connu des médecins de l'Infirmerie psychiatrique de la Préfecture de Police (ancienne Infirmerie spéciale de dépôt).

Il faut 4 litres de liquide par 24 heures (bouillon, jus de fruits, sirop de sucre) si possible par voie orale ,avec patience.

2°) Calmer en utilisant le sédatif que l'on connait le mieux (SOUBRIER) :

a - MEPROBAMATE : (procalmadiol, équanil)

2 ampoules de 400 mg tous les 11 h. par voie intra-musculaire.

b - PHENOTHIAZINE

- Chlorpromazine (200 à 400 mg par 24 h.)
- Prométhazine (25 mg toutes les 3 heures)

c - RESERPINE

- à toujours employer isolément
- surveillance, pouls, T.A.
- 3 mg/24 h. sous-cutanée.

d - BUTYROPHENONE (haloperidol, triperidol) 150 mg/24 h.

e - Stéroïdes anesthésiques (VIADRIL) 0,50 dans 500 cc de sérum glucosé ou 0,50 g I.V. avec surveillance respiratoire, nécessité d'une anesthésie ou réanimateur.

f - HEMINEURONE ou SCTZ en perfusion - dangereux pour certains (avec surveillance respiratoire).

g - sans oublier BROMURE et CHLORAL. En ce qui concerne ce dernier médicament, une étude américaine récente (JAMA) du 10 Juillet 1967 intitulée" Treatment of alcochlol Withdrawal syndromes par GOLBORT-SONG-ROSE, LEITSCHUH et WOOLS, a démontré sa remarquable tolérance et son efficacité certaine dans le traitement du délirium.

En effet, ces auteurs qui ont étudié le traitement du délirium trémens sur 49 malades, ont employé pour 23 d'entre eux la PROMAZINE : ils ont eu avec ce groupe de malades de nombreuses complications dont 2 décès; 12 malades furent traités par la PARALDEHYDE dont ces auteurs administrent 10 cm3 par voie orale ou

intra-musculaire et par le CHLORAL dont on prescrit 50 centigrades à 1 gramme par voie orale. Pour ce groupe de malades, les complications furent nulles et le DT fut guéri en moins de 24 heures. Le troisième groupe enfin, traité par le LIBRIUM présenta outre de nombreuses complications, en particulier à type de surinfection pulmonaire, un D.T. dont la durée fut supérieure à 4 jours. Ces auteurs insistent donc sur la supériorité du traitement du CHLORAL à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par voie orale toutes les 6 heures et par la PARALDEHYDE à la dose de 10cm3 par voie orale ou intra-musculaire toutes les 4 heures. Cette association fut en effet remarquablement tolérée et eut une action spectaculaire en particulier sur les phénomènes hallucinatoires du délirium trémens, qui cédèrent en moins de 24 heures.

h - VALIUM IM ou IV (très utilisé en perfusions)

3°) S'aider encore de certaines médications classiques

a - VITAMINE B1, B2, 500 mg +++

b - Alcool I.V. en solution glucosée 100 cc par jour (discutable)

c - tandis que les <u>antibiotiques sont systématiques</u> (PENI, COLI, pas de STREPTO).

d - dans d'autres cas graves, intérêt de la cortico-thérapie (en dehors des contre-indications habituelles).

4°) Surveiller les fonctions vitales et les dosages biologiques tout étant consigné sur une fiche thérapeutique permettant d'adapter traitement et alimentation.

5°) Traiter la cause déclenchante éventuelle.

Il est à remarquer que le sirop de CHLORAL qui était historiquement un des médicaments de base connaît un regain de faveur actuellement chez les auteurs anglo-saxons, comme nous l'avons souligné en commentant l'article ci-dessus.

Enfin, il ne faut pas omettre de placer le malade en chambre individuelle bien éclairée, sans contention et si possible en milieu spécialisé.

Comme nous le disions tout à l'heure, le pronostic du Délirium s'est amélioré en fonction des modifications thérapeutiques.

Le pourcentage de décès était de 51 % en 1952.

- en 1954 de 30 %
- en 1958 de 19 %
- en 1962 de 6,2 %
- en 1964 de 5 %

Après avoir exposé dans cette 1ère partie les notices admises par la plupart des auteurs pour le traitement du D.T., nous allons exposer maintenant les problèmes thérapeutiques particuliers qui nous sont posés à l'Hôpital de COULOMMIERS, du fait de la nécessité de traiter les malades dans un Service de Médecine Générale.

La plupart des auteurs insistent en effet sur la nécessité de traiter les malades en milieu psychiatrique, dans une chambre isolée, bien éclairée, en évitant au maximum les moyens de contention.

Ces conditions sont malheureusement impossibles à réaliser dans le service, d'une part les hôpitaux psychiatriques voisins de LAGNY, MELUN, CLERMONT surchargés en permanence, comme tous les hôpitaux psychiatriques et les Services Psychiatriques des hôpitaux généraux, ne peuvent absolument pas accepter nos malades en délirium que nous sommes donc tenus de traiter dans notre service.

Or, le Service de Médecine Générale du Docteur DEVAUX, qui dessert une population voisine de 50.000 habitants comporte au total une trentaine de lits d'homme ce qui, bien sûr, pose un problème de place très souvent aigu.

Il nous est en particulier absolument impossible de distraire une chambre pour isoler notre malade en D.T., que nous devons donc soigner parmi nos autres hospitalisés; en évitant au maximum de perturber l'activité du service.

Ce qui nous oblige malheureusement à avoir recours souvent aux moyens de contention mécanique.

Ces conditions particulières expliquent le choix de nos thérapeutiques.

Pour mieux nous en rendre compte, nous avons résumé dans un tableau (T.A.) les différents traitements que nous utilisions jusqu'en 1963 :

Dix malades chirurgicaux : perforation, fractures, trauma) ont été traités pour des délirium typiques par de l'EQUANIL intra-musculaire. Nous avons regroupé les 10 cas que nous n'avons pas suivis personnellement, pour tenter une comparaison avec les autres essais thérapeutiques.

Nous avons choisi 10 délirium trémens typiques ayant présenté tous les signes cliniques d'un délirium et dont le traitement a été entrepris dès les premiers instants de l'hospitalisation.

Ces 10 malades sont sortis de l'Hôpital en bonne santé. Il n'y a pas eu de complications.

Il est à noter :

1° - que les doses d'EQUANIL faites au début du traitement et qui correspondent aux doses classiquement recommandées, ont été rapidement dépassées dans les heures suivantes.

Un malade a reçu la première journée 12 g d'EQUANIL.

2° - que la durée moyenne du traitement est de 7 jours.

3° - les doses élevées d'EQUANIL sont sûrement dues au fait que la réhydratation n'a pas été suffisante : en moyenne 2 litres 500/24 heures et que tous ces malades ont été attachés.

4° - Une mention spéciale doit être faite pour les traumatismes crâniens où il semble que l'EQUANIL en intra-musculaire ait une action spéciale. En effet, le D.T. N° 1 et N° 2 ont reçu des doses relativement modérées d'EQUANIL avec une amélioration spectaculaire du D.T. et du syndrome d'hypertension intra-crânienne.

L'Equanil dans ces deux du même cas était associé à du sérum glucosé hypertonique.

5° - deux trauma crâniens N° 3 et 4 ont reçu par erreur de l'EQUANIL I.V. 4 gr/24 heures dans du glucosé hypertonique.

Nous n'avons noté aucun incident particulier.

Pas de modification d'action de l'EQUANIL.

6° - un deuxième malade présentant un trauma crânien a été considéré pendant 24 heures comme un D.T. (Température à 40°, déshydratation, obnubilation, etc.). Il a reçu en tout et pour tout 2 gr d'EQUANIL. Tout est rentré dans l'ordre. Il n'a reçu aucun traitement par la suite.

61 - 62 :

- deux tentatives de traitement par le VIADRIL en perfusion se sont terminées par deux décès, la première journée du traitement.

- les deux malades étaient jeunes 32 et 55 ans, présentaient tous les deux un D.T. typique, d'emblée alarmant, avec une déshydratation intense, une fièvre à 40° et une agitation extrême.

Le premier avait des fractures de côtes avec un grave hémothorax et une fracture de la clavicule droite. Le traitement avait été mis en route à midi.

Malade calme, respiration normale avec un pouls et une tension artérielle stables jusqu'à 20 heures. Décès brutal à 22 heures.

Le deuxième malade âgé de 55 ans, présentait une grosse fracture du bassin. Le malade est vu 48 heures après l'accident et présentait un D.T. typique. Mise en route du VIADRIL à 16 heures, décès à 24 heures dans les mêmes conditions que le premier malade.

Ces deux décès semblaient être en rapport avec un manque de surveillance des malades.

Les mêmes raisons qui empêchent le traitement du D.T. par les méthodes classiques (non contention, réhydratation per os dans une chambre seule) rendent évidemment très dangereux le traitement par le VIADRIL.

Il est à noter qu'en 1962-63, l'Extrait de Foie lyophyllisé à fortes doses - 20 à 30 ampoules en perfusions I.V. - a été associé à l'EQUANIL. 3 malades avaient été traités de cette façon. Au deuxième jour, les doses d'EQUANIL étaient tellement importantes que nous avons interrompu le Foie.

Ces différentes considérations sur la nature de l'hospitalisation et sur les différentes thérapeutiques que nous avons exposées plus haut expliquent que nous avons été amenés à adopter le traitement suivant, que nous avons presque standardisé. Le malade dès son arrivée reçoit une perfusion intra-veineuse d'HEMINEURINE injectable que nous passons d'abord à la dose de 50 gouttes par minute puis lorsque le sommeil est obtenu à la dose de 20 gouttes par minute. Le malade étant ainsi calmé, nous entreprenons une réhydratation massive, uniquement par voie intra-veineuse. Le malade

reçoit 4 litres de sérum par jour, nous passons en alternance GLUCOSE, BICARBONATE, RINGER. Nous ajoutons à ce traitement des Polyvitamines B en perfusions associées à un traitement antibiotique, le plus souvent PENI, COLI à la dose de 2.000.000 de PENICILLINE et 1.000.000 de COLIMYCINE/24 heures. Lorsque la fièvre persiste au delà du troisième jour de traitement, nous avons l'habitude d'ajouter à l'un des flacons 40 mgr d'HEMISUCCINATE D'HYDROCORTISONE par voie veineuse. Nos malades reçoivent d'autre part systématiquement du VALIUM par voie intra-musculaire 3 ampoules par jour le 1er jour, à la demande ensuite, et nous prenons le relais par du VALIUM en comprimés. Le tableau que nous avons résumé tout à l'heure montre que nous avons abandonné les Extraits de Foie et les Acides aminés (ARGININE) qui nous paraissent dénués d'efficacité. Il faut malheureusement ajouter que nous sommes obligés quelquefois à l'arrivée du malade d'employer des moyens de contention mécanique.

Après avoir exposé ainsi l'épidémiologie et le traitement du D.T. dans la région de COULOMMIERS, nous allons avant tout aborder le pronostic, résumer les grandes lignes de notre conduite.

Pour la commodité de l'exposé, nous avons étudié le cas de nos 49 malades sous forme de tableau, mais nous avons exposé en détail 11 observations qui nous paraissent les plus intéressantes car elles résument les différents problèmes que nous avons été amenés à aborder à l'Hôpital de COULOMMIERS, tant en ce qui concerne la

thérapeutique, que l'évolution de nos malades en D.T. que nous avons eus à traiter dans le Service de Médecine Générale du Docteur DEVAUX.

Nous avons commenté les tableaux au fur et à mesure de leur apparition dans le texte mais il nous paraît indispensable de faire une brève récapitulation avant d'étudier les éléments du pronostic.

Le tableau 1 a pour but de préciser quantitativement les idées en montrant le nombre total d'hospitalisations pendant la période qui s'étend du 1.10.65 au 1.10.67.

Le tableau 2 précise le nombre et le pourcentage total de nos malades en D.T.

Dans un troisième tableau, il nous a paru intéressant de noter le nombre de malades en D.T. selon le mois de l'année et là, nous avons été frappés par le nombre relativement élevé de malades que nous recevions en D.T. pendant les mois chauds de l'année en particulier en Mai et en Août.

Nous avons pensé que cela s'expliquait par le fait que ces mois correspondent à des périodes de durs travaux agricoles pendant lesquels les ouvriers agricoles, qui constituent une partie si importante de nos malades en D.T., sont portés davantage à étancher leur soif et à chercher un illusoire fortifiant dans la plus grande consommation de boissons alcoolisées ainsi que le veut malheureusement une croyance populaire fortement enracinée.

Le tableau 4 que nous avons commenté dans le texte montre la répartition du D.T. selon l'âge et le sexe, tandis que le tableau 5 dont nous avons déjà également fait mention montre la répartition des malades selon la profession.

Le tableau 6 sur lequel nous avons beaucoup insisté montre la répartition des malades selon leur situation familiale.

Enfin, le tableau 8 précise le nombre des malades entrés directement en Médecine en D.T. ou au contraire transférés de Chirurgie.

Quant aux tableaux N° A, B, C dont nous avons fait d'ailleurs un large commentaire, il précise les différentes thérapeutiques que nous avons eues à étudier à COULOMMIERS lors du traitement de nos malades en délirium. Nous voudrions préciser à ce propos un point qui nous paraît important :

Comme le montre le tableau C, nous avons traité 14 de nos 49 malades avec l'HEMINEURINE. Nous avons eu avec ce médicament aucun des incidents classiques décrits et nous n'avons eu à déplorer en particulier aucun épisode d'encombrement pulmonaire et aucun accident de perfusion, en particulier de thrombose veineuse.
Enfin, la durée du D.T. a été sensiblement raccourcie pour nos malades mis à l'HEMINEURINE : 2 jours pour 8 d'entre eux
3 jours pour 4 d'entre eux.

Dans 2 cas seulement, la durée du D.T. a été de 5 jours, alors qu'avec le traitement par VALIUM, HALOPERIDOL, EQUANIL, la durée

du D.T. dépassait couramment 4 jours, la réhydratation étant la même par ailleurs.

C'est pour ces raisons que nous avons été amenés à adopter le traitement actuel exposé plus haut pour nos malades en D.T.

Après cette récapitulation générale, nous nous attarderons sur le tableau N° 7 car il nous amène à préciser les éléments de pronostic de nos malades en D.T. Nous voyons que sur 49 malades, 10 seulement ont subi une cure de désintoxication complète avec Implants d'ESPERAL et séjour en Post-Cure. Pour les autres malades, soit 39 sur 49, la cure a été soit refusée, soit incomplète, le malade ayant refusé les Implants ou signé sa sortie avant le départ en post-cure.

Nous avons revu 17 de nos malades sur les 49 que nous avons traités pendant la durée de notre observation. Sur ces 17, 10 avaient subi une cure de désintoxication complète et il semble que pour 7 d'entre eux au moins, l'abstinence soit certaine. Pour les 10 autres, il semble certain qu'il y a eu une reprise des habitudes alcooliques avec une détérioration mentale certaine pour deux d'entre eux.

Nous rejoignons donc les conclusions de l'excellente thèse de Daniel BRAUN qui en 1965 obtenait un pourcentage de 8,7 % de malades en D.T. ayant accepté la cure soit 4 malades sur une population de 46 cas étudiés.

Monsieur P... René, âgé de 35 ans.

Profession : manoeuvre dans une chapellerie.

Hospitalisé dans le service du 7.2.1966 au 7.3.1966 puis du 15.3.66 au 23.4.66.

BOISSON : vin 4 litres par jour.

Etat clinique à l'entrée : M. P... nous est adressé dans le Service le 7 Février 1966 par son médecin traitant, directement pour un délirium qui avait commencé la nuit précédente.

A l'entrée, la température est à 39°2, le malade est couvert de sueurs, présente un délire intense à type familial et professionnel. Le tremblement est généralisé, extrêmement important. L'agitation est vive avec agressivité. La déshydratation est marquée par la sécheresse de la langue. La tension artérielle est à 13,5/8. Le coeur est régulier, présente une tachycardie à 124, pas de souffle.

L'auscultation pulmonaire montre des râles bronchiques aux deux bases.

L'abdomen est souple; il n'y a pas d'hépatomégalie.

L'examen neurologique montre des rotuliens vifs et symétriques, l'absence de signe méningé, pas de Babinski.

Une radio pulmonaire pratiquée d'urgence montrera une accentuation des réseaux broncho-vasculaires des hiles et une image thoracique normale par ailleurs.

Biologie :

La N.F.S. est à 3.500.000 hématies
19.200 leucocytes

PN	90
PE	1
L	8
M	1

la V.S. est à 25 58 126.
l'urée sanguine est à 0,60 g/l
le taux de prothrombine est à 100 %
le cyto-bacté urinaire montre de rares leucocytes
le cholestérol total est à 2 gr 40
le rapport E/T 0,62
le Thymol est à 6 Unités Vernes
le Gros supérieur à 2
l'Ionogramme montre une hypokaliémie à 3,4 mEq et une hypernatrémie à 160 mEq

Nous commençons le jour même le traitement du délirium, traitement difficile puisque commencé le 7.2.1966, il ne se terminera qu'avec la guérison du malade le 17.2.67. Pendant 4 jours, du 7 au 11 Février, le malade recevra 4 litres de liquide par jour composés en alternance de flacons de 500 cm3 de Ringer, de Glucosé et d'Arginine Sorbital. Nous ajoutons à ces flacons par 24 heures 2 gr d'Extraits de Foie, une ampoule de Vitamines B 12, une ampoule de Vitamines B6. Nous passons d'autre part dans le tuyau de la perfusion 2 gr de Vitamines C.

Par ailleurs, le syndrome infectieux marqué par les râles bronchiques et l'hyperthermie nous oblige à ajouter à ce traitement 2.000.000 de PENI par jour par voie intra-musculaire. L'agitation extrême du malade nous oblige à employer malheureusement les premières 24 heures des moyens de contention mécanique. Nous y adjoignons de l'HALOPERIDOL 1 injection intra-musculaire 3 fois par jour et de l'EQUANIL 1 ampoule intra-musculaire 10 fois par jour. Ce traitement est donc maintenu jusqu'au 11 Février, date à laquelle nous pouvons passer à 3 litres de sérum I.V. par jour, composés comme précédemment de Ringer, de Glucosé et d'Arginine en alternance.

L'hyperthermie persistante nous oblige à augmenter les doses d'antibiotiques et à passer à 5.000.000 d'Unités de PENICILLINE/ 24 heures. Nous ajoutons très rapidement 25 mgr d'HYDROCORTISONE par jour dans un des flacons de la perfusion.

Par ailleurs, devant l'agitation croissante du malade, nous injectons une ampoule de THERALENE 4 fois par jour en intra-musculaire, de l'EQUANIL 2 ampoules toutes les 4 heures. Nous diminuons l'HALOPERIDOL à 2 ampoules intra-musculaires/24 heures. Enfin, nous passons au VALIUM 10 1 ampoule 3 fois par jour.

Le 17 Février, l'amélioration du malade marquée en particulier par la cessation de l'agitation, nous autorise à arrêter les perfusions et nous pouvons passer à la réhydratation buccale à la dose de 3 litres de liquide (jus de pomme très sucré) par 24 heures, mais jusqu'au 24 nous poursuivons aux mêmes doses les neuroleptiques car souvent M. P... présente des poussées d'agitation nocturne qui ont fait craindre une reprise du délirium.

Enfin, le 24 Février, le malade est guéri de son délirium. Nous arrêtons les neuroleptiques et nous lui donnons 6 comprimés de PRINCI B par jour auxquels nous ajoutons de l'EXTRAIT DE FOIE 2 ampoules en intra-musculaire et 2 piqûres de VALIUM 10 par jour. Le malade sort le 4 Mars en promettant de revenir pour une cure de désintoxication.

EVOLUTION :

M. P... revient effectivement le 7 Mars 1966 pour subir sa cure et il se montre très coopérant. Nous commençons par faire 5 injections d'APOMORPHINE en sous-cutanées, chacune des injections étant suivie de la prise d'un verre de vin. Monsieur P... reçoit ensuite 1 comprimé d'ESPERAL pendant 16 jours et nous faisons pendant ces 16 jours 6 épreuves au vin qui sont positives à raison d'une épreuve tous les deux jours. La cure se termine enfin par des implants, 10 comprimés sous la peau de l'abdomen et le malade sort avec 1 comprimé d'ESPERAL par jour. La cure s'est déroulée dans d'excellentes conditions et la consolidation est certaine malgré un milieu familial déplorable et ceci nous conduit à aborder l'étiologie de l'éthylisme de Monsieur P...

Il s'agit tout d'abord d'un éthylisme professionnel qui est aggravé par un contexte familial déplorable. Il est marié depuis 7 ans, à une femme psychopathe, sans enfant. Nous ne le savions pas au moment de la cure, mais elle a été par la suite hospitalisée dans le Service. C'est une femme peu intelligente qui n'a pas compris la nécessité de la cure et Monsieur P... a du prendre énormément sur lui pour revenir nous vois régulièrement et nous faire constater une consolidation parfaite.

Il faut toutefois signaler une complication : quelques jours après la sortie du malade s'installe une suppuration au niveau des implants avec rejet spontané des implants. Après des soins locaux qui sont prolongés pendant une dizaine de jours, la plaie se cicatrisera sans autre difficulté.

Monsieur B... Albert, 45 ans

Domicilé à MEAUX

Profession : Chauffeur en invalidité.

Hospitalisé du 5.10.67 au 7.11.67.

Boisson : Vin et bière - 3 ou 4 litres de vin par jour.

HISTOIRE DE LA MALADIE : Monsieur B... nous est adressé directement par son médecin traitant, le Docteur B... de Meaux, Monsieur B..., qui était en traitement pour une tuberculose pulmonaire, avait fait, une semaine environ avant son hospitalisation, une poussée thermique vraisemblablement dûe à une surinfection pulmonaire qui l'avait obligé à observer le repos au lit. Le Docteur B... nous a adressé ce malade en raison des signes de pré-délirium qu'il présentait chez lui.

A L'ENTREE DANS LE SERVICE : la température était à 39°8, le malade est trémulant, couvert de sueurs, en proie à un délire de type familial avec une agressivité marquée.

L'examen montre une tension artérielle à 11/6
un coeur normal à l'auscultation
des pouls périphériques bien perçus
Un E.C.G. montre un micro-voltage.

Examen pulmonaire : râles bronchiques dans les deux champs. Rappelons que ce malade présente une tuberculose pulmonaire découverte 3 ans auparavant, traitée à domicile par ISOXYL et ISONIAZIDE.

Depuis 1 mois, le malade avait maigri de 1 kg.

A son entrée, il présente un état général médiocre avec un poids de 60 kg pour un homme de 1 m 75. La radio pulmonaire montrera des images nodulo-fibreuses diffuses dans la région inter-cleido-hilaire gauche, images auxquelles on ne peut qu'attribuer une valeur de séquelles. Le malade présente une érythrocyanose assez importante.

L'examen de l'abdomen montre une hépatomégalie modérée mais indolore. La rate n'est pas perçue.
Le toucher rectal est normal.
Les fosses lombaires sont libres.

L'examen neurologique montre des réflexes ostéo-tendineux vifs, pas de Babinski, des ecchymoses post-traumatiques des membres inférieurs.

Biologie :

- à l'examen des crachats, on ne retrouve pas de BK à l'examen direct.
- le bilan hépatique montre un cholestérol total à 1,20
  un rapport/ET à 0,50
  un Thymol à 15 Unités
  un Gros à 2
  le T.P. est à 80 %
  la N.F.S. montre une légère anémie à 3.400.000 rouges, une leucocytose à 57 %
  urée 0,60 g/l
  glycémie 1,08 g/l

Le reste du bilan est normal par ailleurs.

Le traitement va comprendre :

1° - une réhydratation massive que nous devons poursuivre pendant 3 jours à raison de 3 litres de sérum par jour par voie I.V. en alternant GLUCOSE et RINGER. Nous adjoignons à ce traitement du VACLIUM injectable une ampoule à 10 mg 3 fois par jour en intramusculaire. Par ailleurs, nous continuons le traitement antibacillaire par ISOXYL et RIMIFON.

Le malade sort de son délirium assez rapidement au bout de 3 jours sans que nous ayons eu besoin d'employer l'HEMINEURINE ou un neuroleptique plus puissant.

Nous entreprenons, 1 semaine après l'arrivée du malade, une cure de désintoxication que nous avons eu beaucoup de mal à faire accepter par le malade.

Nous injectons donc 5 ampoules d'APOMORPHINE en sous-cutanées pendant 5 jours avec une épreuve au vin après chaque injection. Le malade reçoit ensuite 1 comprimé d'ESPERAL par jour pendant 3 semaines et subit pendant ce laps de temps 7 épreuves au vin à raison de 1 épreuve tous les 3 jours.

Devant la crainte de rechute, nous mettons en implant sous-cutané abdominal 1 seul comprimé d'ESPERAL en motivant le malade. Celui-ci sort du Service le 7.11.67, et nous recommandons la poursuite de son traitement anti-bacillaire auquel nous adjoignons du BECILAN, du VALIUM 10 en comprimés 3 fois par jour et 35 gouttes de THERALENE par jour. Le malade reçoit en outre 1 comprimé d'ESPERAL par jour.

ETIOLOGIE

Monsieur B... a débuté son alcoolisme après la découverte de sa tuberculose qui l'obligeait à rester chez lui en longue maladie. Il est marié à une femme autoritaire, Institutrice, dominant nettement son mari sur le plan intellectuel. Le malade lui-même est faible, anxieux, hypochondriaque, psychasthénique et a peur de la mort. Il n'a accepté la cure que parce que nous l'avons effrayé et nous avons insisté longuement sur les risques qu'il courait s'il ne faisait pas cette cure.

Nous avons revu ce malade 6 mois après sa sortie en bon état général. Il n'avait pas présenté de rechute.

Monsieur W... Pierre, âgé de 51 ans.

Profession : comptable en chomage.

Domicilié à POMMEUSE (Seine et Marne).

Hospitalisé du 22.5.66 au 30.8.66.

Boisson : vin - 3 litres par jour.

HISTOIRE DE LA MALADIE : le malade nous est adressé par un médecin qui le voit pour la première fois pour état syncopal et tachycardie. Le malade ne rentre dans le Service que le lendemain de sa consultation médicale.

A son arrivée, il présente un tableau de D.T. extrêmement marqué. La température est à 40°2. Le malade est extrêmement agité, couvert de sueurs, présente un délire à prédominance confusionnel auquel s'ajoute des thèmes familiaux. Le tremblement est généralisé et nous sommes dans l'obligation à l'admission d'employer des moyens de contention mécanique pour pouvoir traiter ce malade. La tension artérielle est à 15/10. Le coeur présente une tachycardie à 126 et un petit souffle systolique de pointe.

L'examen pulmonaire montre des râles sous-crépitants à la base droite. La radiographie pulmonaire nous montrera qu'une légère accentuation des réseaux broncho-vasculaires des hiles.

L'examen de l'abdomen montre une hépatomégalie régulière, indolore.

L'examen neurologique montre l'absence de signes méningés des réflexes rotuliens plus vifs à gauche. R.A.S. par ailleurs.

Au point de vue biologique :

N.F.S. à 3.700.000 GR
15.400 GB avec 96 PN
L'urée est à 0,65 g/l
La glycémie à 1 g 56
Le cyto-bacté urinaire est normal
Le sodium est à 150 mEq
Le potassium à 3,6 mEq
Le cholestérol total est à 2 g °/°°
Le rapport E/T à 0,60
Le thymol 16 Unités Vernes
Le gros 1,80

Traitement : le malade va recevoir pendant 6 jours 3 litres 1/2 de sérum par voie intra-veineuse par jour. Nous passons en alternance GLUCOSE ISOTONIQUE et ARGININE SORBITOL. Nous ajoutons dans deux flacons 5 Unités d'INSULINE par 24 heures. Nous instituons en outre un traitement antibiotique comprenant :

2.000.000 de PENI,
1.000.000 de COLI en intra-musculaire

Par ailleurs, la persistance de l'hyperthermie nous oblige à administrer 40 mgr d'HYDROCORTISONE par jour pendant 4 jours. Nous ajoutons à ce traitement des vitamines en injectable. Nous traitons l'état d'agitation par du VALIUM 10 mg 1 ampoule 4 fois par jour en intra-musculaire, traitement que nous poursuivrons pendant 11 jours. Nous y ajoutons de l'HALOPERIDOL d'abord 1 ampoule intra-musculaire 2 fois par jour pendant 2 jours puis 1 ampoule en I.M. 3 fois par jour pendant 6 jours.

C'est une semaine seulement après son entrée que l'état du malade nous permet de pratiquer la réhydratation par voie buccale à la dose de 4 litres de liquide par jour constitué par du jus de fruit sucré. Le malade ne sera définitivement guéri de son délirium que 14 jours après son entrée à l'Hôpital.

EVOLUTION

Monsieur W... accepte assez facilement la cure de désintoxication, cure qui est conduite par des injections d'APOMORPHINE 1 ampoule en sous-cutané 5 fois par jour pendant 5 jours avec une épreuve au vin après chaque injection et nous poursuivons la cure de désintoxication en administrant 1 comprimé d'ESPERAL par jour pendant 15 jours avec 8 épreuves au vin à raison d'une épreuve tous les 2 jours. Puis nous terminons cette cure par des implants sous cutanés de 10 comprimés d'ESPERAL.

ETIOLOGIE

Monsieur W... qui avant de venir dans la région de COULOMMIERS vivait à PARIS, gagnait très bien sa vie comme comptable dans une importante Société Commerciale. Il semble certain que son alcoolisme ait débuté après que sa femme eut quitté le domicile conjugal. Monsieur W... va alors perdre sa situation, changer plusieurs fois de place et verra son alcoolisme aggravé par ses déboires professionnels.

Lorsque nous avons reçu ce malade il était depuis peu dans la région où il avait fini par exercer la profession de bucheron.

Nous avons revu ce malade 2 mois après sa sortie de l'Hôpital. Il ne paraissait pas avoir rechuté. Nous n'avons pu le suivre ensuite car ce malade est retourné dans la région parisienne. Néanmoins, étant donné d'une part la sévérité du délirium et d'autre part le contexte social et professionnel, très péjoratif, il semble malheureusement probable que Monsieur W... ait repris ses habitudes d'alcoolisme.

Monsieur R... Roger, âgé de 48 ans.

Domicilié à Choisy-en-Brie.

Profession : ouvrier-maçon.

Hospitalisé du 7.12.65 au 18.1.66.

Boisson : vin, quantité supérieure à 3 litres par jour.

HISTOIRE DE LA MALADIE : ce malade, en arrêt de travail depuis déjà 2 mois pour sciatalgies rebelles, nous est adressé en urgence à 1 heure du matin par la Gendarmerie car Monsieur R... a menacé de faire sauter sa maison avec de la dynamite. Le médecin traitant appelé avait rédigé un certificat d'internement. La femme du malade confirme la violence de son mari qui terrorise ses enfants au nombre de 7.

A l'entrée, nous sommes en présence d'un malade extrêmement agité, logorréique, présentant un délire à type de persécution avec une agressivité marquée. La température est à 39°2. Le tremblement est extrêmement important. La déshydratation est marquée par des sueurs abondantes. La tension artérielle est à 14/9. Le coeur est régulier, son auscultation ne montre pas de souffle.

L'examen pulmonaire est normal tant clinique que radiologique.

L'examen neurologique montre des rotuliens présents et symétriques. Pas de Babinski.

L'abdomen est souple, mais sa palpation montre une hépatomégalie modérée régulière à 1 travers de doigt.

La N.F.S. est à 4.600.000 GR
7.000 GB
La V.S. est à 12 31 79
Le Thymol est à 10 Unités Vernes
Le Gros est à 2
Le Cholestérol libre est à 1,40
Le rapport E/T 0,71
L'urée sanguine est à 0,50
Le reste du bilan est normal par ailleurs.

Nous entreprenons de réhydrater ce malade et pour cela nous nous empressons de calmer l'état d'agitation. Nous injectons de l'EQUANIL intra-musculaire à la dose de 12 ampoules/24 heures pendant 3 jours puis 6 ampoules par jour pendant 8 jours. Nous y adjoignons des polyvitamines B1 B6 et B12 une ampoule I.M. par jour. La réhydratation de ce malade sera faite par voie intra-veineuse. Il reçoit 3 litres de sérum par jour - GLUCOSE, RINGER, ARGININE en alternance.

Au bout de quelques jours l'état d'agitation calmé nous pratiquons une réhydratation par voie buccale que le malade accepte assez facilement. Il reçoit alors 4 litres de liquide par jour sous forme de jus de pomme très sucré. Le malade est guéri de son D.T. au bout de 10 jours après son entrée à l'Hôpital.

EVOLUTION

Monsieur R... conserve une amnésie complète de son délirium et pendant plusieurs jours ne reconnaît pas son alcoolisme. Il est agressif, accusant sa femme de vouloir se débarrasser de lui. Devant l'opposition de ce malade, nous devons nous livrer sur lui à un chantage et ce n'est que devant la menace d'un certificat d'internement qu'il acceptera la cure de désintoxication.

Nous pratiquons cette cure selon la technique habituelle, d'abord par l'APOMORPHINE pendant 5 jours avec des épreuves au vin après chaque injection, puis l'ESPERAL à raison de 1 comprimé par jour pendant 23 jours avec 8 épreuves au vin.

Nous terminons enfin par un implant de comprimé d'ESPERAL cette cure de désintoxication qui s'est passée sans aucun incident.

Le malade sort du service le 18 Janvier 1966 avec comme traitement 1 comprimé d'ESPERAL par jour.

ETIOLOGIE

Monsieur R... a repris une vie familiale normale. Il fait travailler ses enfants mais lui-même n'a pu reprendre son travail en raison d'une spondylarthrite ankylosante. Malgré ce contexte, il paraît certain, que Monsieur R... qui vient nous voir régulièrement depuis 2 ans n'a pas rebu.

Madame B... Fernande, âgée de 58 ans.

Domicile : Charnoy de Guérard.

Profession : Commerçante

1ère hospitalisation du 4.2.1966 au 7.3.1966
2ème hospitalisation du 16.8.1967 au 18.9.1967
3ème hospitalisation du 19.9.1967 au 21.9.1967.

Boisson : 1 à 2 apéritifs
2 litres de vin par jour
environ 1/2 litre de rhum/24 heures.

Etat clinique à l'entrée : cette malade nous est adressée le 4 Février 1966 par son médecin traitant pour un D.T.

A son entrée, nous sommes frappés par le tremblement intense de la malade (tremblement prédominant à la langue et aux extrémités). L'état de déshydratation s'extériorise par des sueurs abondantes. La malade obnubilée répond très mal aux questions. Elle est en proie à un délire à thème familial. Par ailleurs, l'agitation est extrême chez cette malade dont la température à l'entrée est à 40°. La tension est à 16/11. Le coeur est régulier.

L'auscultation cardiaque montre un petit souffle systolique de pointe.

L'examen pulmonaire est normal.

L'examen neurologique montre des réflexes ostéo-tendineux vifs et symétriques. Pas de signe de Babinski, pas de signes méningés.

Biologie :

- T.P. 100 %
- N.F.S. normale
- V.S. 23 47 82
- Urémie 0,35 g/litre
- Glycémie 1,12 g/litre
- Cholestérol total : 3,20 g/litre
  Thymol : 1 unité Verne
  Gros : inférieur à 2

Nous entreprenons de toute urgence la réhydratation de cette malade, nous passons du sérum glucosé iso alterné avec du Ringer à la dose de 3 litres par jour. Nous y ajoutons des Vitamines B1 et B6 en I.M. Nous traitons l'agitation extrême par de l'EQUANIL dont nous faisons 10 ampoules à 400 mgr en I.M. pendant 24 heures. Nous ajoutons enfin de la BIPENI 2.000.000 I.M.

Au bout de 24 heures, l'état de la malade est toujours très inquiétant car son état d'agitation a rendu la réhydratation très aléatoire, une forte quantité de sérum étant passée à côté, la malade arrachant ses perfusions. Nous devons alors avoir recours à l'HEMINEURINE dont nous perfusons 1 flacon à la dose de 50 gouttes minute pendant 5 minutes, le reste du flacon passant à la dose de 20 gouttes minute. Le sommeil est obtenu au bout d'une demi-heure environ et va se prolonger pendant 6 heures.

A son réveil, la malade est plus calme et nous pouvons continuer la réhydratation, la vitaminothérapie et l'antibiothérapie aux doses précédemment prescrites. Nous arrêtons cependant l'EQUANIL.

Au bout de quelques jours, les signes de D.T. ont cédé, la malade est calme et nous pouvons entreprendre une psychothérapie pour la persuader d'une cure de désintoxication.

Nous entreprenons cette cure 11 jours après l'entrée de la malade selon la technique suivante :

APOMORPHINE 5 ampoules par jour pendant 4 jours
ESPERAL 1 comprimé par jour pendant 14 jours.

Malheureusement cette cure de désintoxication est mal conduite, tout d'abord la cure de dégoût a été mal menée, la malade recevait en effet un petit verre de rhum le matin et les 5 injections d'APOMORPHINE faites sans que l'on pratique une épreuve après chaque injection. La malade termine donc la première semaine de cure sans aucun dégoût pour le rhum. D'autre part, cette malade ayant à ce moment des ennuis financiers, nous ne faisons que très peu d'épreuves au rhum avec l'ESPERAL (4 épreuves en tout). Néanmoins, la malade quitte le service le 7 Mars 66 dans un état général assez satisfaisant.

EVOLUTION : la malade nous revient le 16.8.1967 dans un état pitoyable, polynévrite très avancée aux membres inférieurs, douleurs nocturnes très vives, infection urinaire et dermatose à staphylocoque. Les douleurs de polynévrite sont telles qu'elles entraînent une insomnie très difficile à combattre. Après avoir jugulé l'infection nous reprenons une cure de désintoxication au vin car le mari lui a diminué les ressources financières. Cette cure par l'APOMORPHINE et l'ESPERAL selon la technique classique et les épreuves, sont faites régulièrement. La cure se passe dans de bonnes conditions et la malade sort du service le 18.9.1967, après avoir reçu des implants d'ESPERAL.

Cette malade revient le 19.9.1967 après avoir avalé des barbituriques dans un but d'autolyse.

A son entrée, la malade est dans un collapsus gravissime extrême. Le pouls et la T.A. sont imprenables. Il existe une polypnée

superficielle, une cyanose péri-buccale, un encombrement pulmonaire intense. Le tableau de choc est extrêmement grave malgré une réanimation conduite selon la méthode classique qui consiste à ioniser le barbiturique par du sérum bicarbonaté. La malade décède 2 jours après son admission.

ETIOLOGIE : il semble que l'on doive rechercher les raisons de cet éthylisme de cette malade dans une situation familiale névrosante : en effet, si le mari a une bonne situation financière (c'est un marchand de bestiaux qui gagne très bien sa vie) il est par contre toujours absent du domicile conjugal. Lors de sa 1ère hospitalisation, sa femme nous a avoué l'avoir trompé plusieurs fois. Le mari quant à lui se contentait de subvenir aux besoins financiers de sa femme mais vivait à PARIS en concubinage.

Madame B... s'était alors réfugiée dans un éthylisme qui allait peu à peu devenir un éthylisme chronique.

Monsieur M... Daniel, âgée de 39 ans.

Domicile : Jouy le Chatel.

Profession : boucher puis manoeuvre.

Hospitalisé du 18 Mai au 2 Septembre 1966.

Boisson : 7 litres de vin par jour.

HISTOIRE DE LA MALADIE : ce malade qui avait déjà été désintoxiqué à l'Hôpital de PROVINS est envoyé par son médecin-traitant pour une nouvelle cure de désintoxication chez un malade en pleine désinsertion sociale et ayant de plus des antécédents de comitialité post-traumatique.

A l'entrée, état clinique du malade :

Dès l'entrée, nous sommes en présence d'un tableau de D.T. sévère, la température étant de 39°8. Le malade présente un tremblement intense généralisé prédominant cependant aux extrémités et à la langue. Le malade est obnubilé, couvert de sueur, la langue est sèche et rotie signant un état de déshydratation intense. Il présente par ailleurs un syndrome de délirium très marqué à type professionnel et familial. Sa tension est à 14/10. Le coeur est régulier, l'auscultation est normale, les pouls périphériques sont bien perçus.

L'examen pulmonaire est normal.

L'abdomen est souple, mais l'examen montre une hépatomégalie modérée.

L'examen neurologique montre des réflexes ostéo-tendineux aux membres inférieurs vifs et symétriques, pas de Babinski, pas de signes méningés.

Au point de vue biologique :

- V.S. 5 9 52
- BW négatif
- Urée sanguine 0,25
- Glycémie 0,98
- T.P. 95 %
- Cholestérol total 1,10 g
  E/T 0,68

Thymol Test 45 Unités Vernes
Gros : 1,9

L'E.E.G. montre des anomalies cérébrales paroxystiques généralisées évocatrices d'épilepsie.

Par ailleurs, radio pulmonaire normale.

Nous entreprenons alors de réhydrater ce malade. Nous devons lui passer en I.V. 3 litres de sérum par jour (Glucosé + Ringer) pendant 4 jours. Par ailleurs, nous devons pour calmer l'agitation, faire à ce malade un VALIUM 10 mg injectable 3 fois par jour pendant 10 jours et nous lui donnons en per os du THERALENE à la dose de 20 gouttes par jour. Nous n'employons pas l'HALOPERIDOL en raison des antécédents de comitialité.

Au bout de 5 jours, le DT est guéri. Nous maintenons néanmoins ce malade au VALIUM en comprimés 3 par jour et au THERALENE 15 gouttes le soir.

ETIOLOGIE : il s'agissait au départ d'un éthylisme professionnel car ce malade était boucher à la Villette puis il monte une boucherie mais continue à boire, car sa femme, peu intelligente part avec son associé et le laisse dans une situation financière désastreuse.

Monsieur M... se remet alors à boire de plus en plus, provoque plusieurs accidents de voiture en état d'ébriété ce qui lui vaut un retrait de son permis de conduire. Sur ce, il prend une moto, provoque un autre accident dont il a gardé des séquelles à type d'épilepsie. Cette dernière est naturellement très sensible à l'alcool et Monsieur M... va d'hôpitaux en hôpitaux soit pour son éthylisme soit pour des crises épileptiques aiguës et comme nous l'avons dit plus haut, ce malade en pleine désinsertion sociale arrive à COULOMMIERS en D.T.

Une fois le D.T. traité, nous mettons Monsieur M... au pied du mur et pendant plusieurs jours va se dessiner un syndrome dépressif vrai avec peur incoercible, anorexie, idées de mort, dégoût de tout, refus de s'alimenter. Cette situation va nous obliger à ajouter au VALIUM et au THERALENE des comprimés de LAROXYL 25 à la dose de 4 par jour. Néanmoins, 6 jours aprèsla fin de son D.T., ce malade accepte la cure de désintoxication. Nous commençons à l'APOMORPHINE 5 injections sous-cutanées par jour pendant 5 jours. Chacune de ces injections sont suivies d'une épreuve au vin puis pendant 45 jours nous donnons à ce malade 1 comprimé d'ESPERAL par jour et nous faisons 9 épreuves au vin. Nous terminons enfin la cure par des Implants d'ESPERAL.

COMPLICATIONS IMMEDIATES : à noter que 4 ou 5 jours après la mise de ses implants, s'installe un véritable état de mal épileptique que nous n'arrivons à contrôler que par l'HEMINEURINE dont nous devons passer 1 flacon en perfusion I.V. à la dose de 50 gouttes par minute pendant 10 minutes et le sommeil étant obtenu à ce moment-là,

nous passons le reste du flacon à la dose de 15 gouttes par minute. 20 jours après la fin de la cure nous pratiquons un E.E.G. de contrôle qui ne montre plus alors aucune épilepsie photo-sensible. Il se pose évidemment le problème de la discussion de cette épilepsie. Est-elle dûe à une atrophie cérébrale ? Il aurait fallu, pour ce faire, pratiquer une encéphalographie gazeuse que nous ne pouvons malheureusement pas pratiquer à l'Hôpital.

EVOLUTION : après ce long séjour à l'Hôpital, ce malade part en Post-cure dans un foyer de la région qu'il quitte rapidement, après avoir trouvé une situation intéressante (poissonnier). Il s'occupe actuellement de la Section "Vie Libre" de Meaux. Il nous a adressé un de ces collègues (boucher lui aussi) qu'il connaît depuis l'enfance, qui a accepté la cure de désintoxication et avec qui il pense remonter une boucherie. Nous revoyons Monsieur M... environ tous les mois, il ne boit plus, ne présente pas de syndrome dépressif réactionnel et nous pensons que cette cure est un plein succès.

Monsieur B... Louis - 38 ans.

Profession : Electricien.

Domicile : Hondevilliers - 77

Hospitalisé du 20 Mai au 30 Juillet 1967.

Boisson : vin - 3 litres par jour.

ETAT CLINIQUE A L'ENTREE : ce malade qui a été deux fois hospitalisé à MELUN en Neuro-Psychiatrie pour comitialité post-traumatique, nous est adressé par son médecin-traitant en D.T. et comitialité.

A l'entrée, la température est à 39°2. Le malade est agité, présente une désorientation temporo-spatiale importante avec des hallucinations visuelles : il se voit entouré d'eau. Le tremblement est généralisé, notamment à la langue et aux extrémités. Le malade est en outre couvert de sueur. La tension artérielle est à 14/8. Le coeur est normal à l'auscultation, les pouls périphériques sont bien perçus. L'examen pulmonaire est normal. L'examen neurologique montre l'absence de signes méningés, des réflexes rotuliens présents et symétriques, pas de Babinski. La radio des poumons montrera une légère accentuation des réseaux broncho-vasculaires des hiles.

Au point de vue biologique, nous trouvons:
- une N.F.S. à 3.900.000 GR
  5.400 GB
- une V.S. à 18 42 93
- une urée sanguine à 0,20 g/litre
- une glycémie à 1 g 22
- une cyto-bactériologie urinaire normale
- un cholestérol total à 1 g
  un cholestérol estérifié à 0,60
  un rapport E/T 0,60
  un thymol Test à 8 Unités Vernes
  un Gros à 1,9 ml.

Devant l'importance de l'agitation, la déshydratation intense, l'insomnie, nous devons, pour réhydrater ce malade, passer au préalable un flacon d'HEMINEURINE en perfusions I.V. Le sommeil est obtenu au bout de 20 minutes environ. Nous en profitons alors pour réhydrater le malade au moyen de 3 flacons de Glucosé 500 et 3 flacons de Ringer 500/24 heures, traitement que nous devons poursuivre pendant 6 jours. L'hyperthermie persistante nous fait ajouter des antibiotiques : THIOPHENICOL en injections I.M. 2 par jour pendant 6 jours, Hydrocortisone 50 mg 2 fois par jour pendant 4 jours. Nous ajoutons à ce traitement des Vitamines B1 et B6 en I.M. matin et soir pendant 6 jours.

Après avoir réglé le problème de ce délirium, nous entreprenons chez ce malade une cure de désintoxication, d'abord par APOMORPHINE 1 injection sous cutanée 5 fois par jour pendant 5 jours suivie d'une ingestion d'un verre de vin. Nous passons ensuite aux comprimés d'Esperal, mais nous sommes alors obligés d'interrompre la cure de désintoxication car à chaque ingestion d'ESPERAL suivie d'une épreuve au vin, Monsieur B... présentait des douleurs épigastriques atroces à irradiation postérieure. Nous avons mis au départ ces douleurs sur le compte de l'ESPERAL mais une amylasémie pratiquée pendant une période douloureuse s'élève à 350 mg et est retrouvée plusieurs fois au-dessus de 100 unités.

Nous pensons alors que ces douleurs sont dues vraisemblablement à une poussée de pancréatite provoquée par l'alcool. Nous tentons néanmoins une autre épreuve à l'ESPERAL et celle-ci est suivie d'un état de choc avec une amylasémie supérieure à 200 unités.

Nous interrompons alors définitivement la cure.

Il faut signaler par ailleurs que ce malade a dans sa famille 3 frères gastrectomisés dont 2 sont décédés, le 3ème n'étant absolument pas calmé par sa gastrectomie.

Après l'arrêt de cette cure, le malade demande à sortir et nous sommes obligés de le laisser partir avant d'avoir pu explorer complètement son pancréas.

Monsieur C... Maurice, âgé de 36 ans.

Domicilié à Vaux par Coulommiers.

Profession : préparateur dans une usine d'aluminium (CEGEDUR)

Boisson : 4 litres de vin par jour.

Hospitalisation en Chirurgie Hommes du 23 au 26.11.65
en Médecine Hommes du 26.11 au 24.12.65
en Médecine Hommes de nouveau du 29.3 au 9.4.66

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Monsieur C... est hospitalisé le 23 Novembre 1965 dans le Service de Chirurgie pour un accident du travail sans gravité.

Deux jours après son entrée en chirurgie apparaissent des signes de D.T. et ce malade nous est transféré en Médecine le 26 Novembre, soit 3 jours après son admission.

A l'entrée, le malade est hyperthermique à 39°4, le tremblement est intense, généralisé, prédominant aux extrémités et à la langue, il est très obnubilé, présente un délire onirique avec déshydratation et oedèmes. Le malade présente des sueurs profuses très importantes.

L'examen d'entrée montre une T.A. à 17/10,5, le coeur est régulier, pas de souffle mais les bruits du coeur sont assourdis. L'abdomen est souple, il n'y a pas de splénomégalie.

L'examen neurologique montre des réflexes ostéo-tendineux présents et symétriques, pas de signe de Babinski, pas de signes méningés.

Au point de vue biologique, nous trouvons :

- un cholestérol total à 1,80 g °/°°
- un rapport E/T 0,71
- un test au Thymol à 4 Unités Vernes
- un Gros inférieur à 2 - T.P. 100 %
- la glycémie est à 0,86
- l'urée sanguine à 0,20
- le B.W. est négatif.

Lorsque le malade sera sorti de son D.T. nous pratiquerons un examen ophtalmologique qui montre un début de névrite optique.

La radio pulmonaire montre une surélévation de la coupole diaphragmatique droite et une hernie diaphragmatique droite.

L'état de ce malade nous oblige à entreprendre une réhydratation massive, son état d'agitation nous oblige à perfuser par voie intra-veineuse de l'HEMINEURINE. Le sommeil est obtenu au bout d'une demi-heure et nous continuons la perfusion d'HEMINEURINE à la dose de 20 gouttes minute environ. Après ce flacon d'HEMINEURINE, ce malade reçoit par jour 2 litres et demi de sérum composé de glucosé et de Ringer en alternance. Nous y associons des Vitamines B1 et B6 en intra-musculaire et un traitement antibiotique composé de 2.000.000 de PENI, 1.000.000 de COLI. Nous perfusons ce malade pendant 48 heures. A ce moment-là, les tremblements ont cessé, il n'y a plus ni délire ni obnubilation et le malade peut se réalimenter normalement par voie buccale.

Six jours après son entrée dans le service nous entreprenons une cure de désintoxication que le malade a lui même sollicitée.

Nous commençons donc cette cure de désintoxication par APOMORPHINE 1 ampoule en intra-musculaire 5 fois par jour pendant 5 jours, chaque injection étant suivie de la prise d'un verre de vin. Nous entreprenons alors la cure à l'ESPERAL à la dose de 1 comprimé par jour pendant 20 jours. Pendant cette cure nous pratiquons 6 épreuves au vin qui sont toutes positives. Nous pratiquons enfin des implants sous-cutanés dans la peau de l'abdomen de 10 comprimés d'ESPERAL et le malade sort avec 1 comprimé d'ESPERAL et 3 PRINCI B par jour.

EVOLUTION : ce malade est réhospitalisé le 25 Mars 1966 pour dyspnée d'effort avec atteinte de l'état général. Il n'y a pas de reprise de l'exogénose et le bilan que nous pratiquons à ce moment-là révèle que Monsieur C... présente une bronchite chronique.

ETIOLOGIE : Ce malade, employé à Cégédur, Etablissement où l'exogénose est très importante parmi le personnel, absorbait des boissons alcoolisées variées : vin, bière et cidre depuis environ 12 ans ... C'est un homme gentil, élevé par une mère sur-protectrice et est mariée à une femme autoritaire et de surcroit malade mentale. Il s'entend mal avec sa belle-mère, de là, l'existence de conflits incessants entre le mari et la femme et le mari et la belle-mère, conflits que Monsieur C... avait réglés en rentrant saoul régulièrement.

Après la cure, ce malade venait au début assez régulièrement aux réunions que donnait la Vie Libre mais très rapidement il y a eu mésentente entre Madame C... et les autres femmes qui assistaient aux réunions. Monsieur C... revient de temps en temps nous voir, il ne boit plus mais il est triste. Nous pensons que cet état dépressif peut être dû à des effets secondaires de l'ESPERAL, mais nous nous demandons néanmoins si cette cure de désintoxication est vraiment un succès.

Monsieur P... Robert, 43 ans.

Profession : ancien boulanger.

Hospitalisation du 6.10.66 au 8.12.66.

Boisson : 3 litres de vin par jour.

ANTECEDENTS : il s'agit d'un ancien tuberculeux pulmonaire traité pendant 15 ans, entre 1952 et 1963, et dont les radiographies pulmonaires et les examens complémentaires ne montrent aucun signe d'évolution.

A L'ENTREE DANS LE SERVICE : ce malade présente une température à 38°8, il se plaint de polyalgies, d'insomnie; depuis 5 jours, il présente des céphalées frontales, il ressent une impression de tête vide. L'insomnie est nette, le syndrome dépressif est marqué par des crises de larmes fréquentes.

Nous entreprenons alors un traitement au VALIUM comprimé 3 fois par jour et aux polyvitamines B par voie buccale.

Deux jours après son arrivée dans le service, ce malade présente un état d'agitation intense avec tremblements, délire à type professionnel, sueurs intenses. Nous entreprenons alors une perfusion par HEMINEURINE à la dose de 50 gouttes par minute pendant 3 minutes, le reste du flacon passant à la dose de 12 gouttes-minute. Le sommeil est ainsi obtenu en 1/2 heure et va se prolonger pendant 6 heures.

A son réveil, le malade est plus calme. Il présente néanmoins un état d'agitation larvé avec des sueurs incoercibles. Cependant il boie bien et nous n'avons qu'à le réhydrater par voie buccale avec de l'eau mélangée de jus de fruits à la dose de 3 litres par jour. Nous lui donnons d'autre part une suralimentation intense et nous poursuivons le traitement par VALIUM 3 comprimés par jour et le PRINCI B 3 par jour.

Au bout de 4 jours, tout rentre dans l'ordre et le 9ème jour nous pouvons entreprendre une cure de désintoxication que le malade a acceptée très facilement.

Nous commençons d'abord par des injections d'APOMORPHINE 5 ampoules par jour en injections sous-cutanées pendant 5 jours, injections suivies d'une épreuve au vin qui déclenche des vomissements. Puis pendant 19 jours, ce malade reçoit 1 comprimé d'ESPERAL par jour avec 8 épreuves au vin pendant la durée du traitement. Nous terminons enfin cette cure sans incident par des implants d'ESPERAL sous la peau de l'abdomen.

Il s'agit donc d'un malade en pré-D.T. que nous avons eu la chance de recevoir assez tôt dans le service pour le réhydrater par voie buccale avec une seule perfusion d'HEMINEURINE.

ETIOLOGIE : Monsieur P... est éthylique depuis l'âge de 20 ans, il boit environ 3 litres de vin par jour. En 1947, devant cet éthylisme, sa femme le quitte d'où la disparition du foyer. Il s'agit au départ d'un éthylisme professionnel car ce malade est ancien boulanger.

Monsieur P..., âgé de 47 ans.

Prénom : Jean

Domicile : Mortcerf - 77

Profession : Manoeuvre.

Hospitalisations : 4.11.65 au 27.11.67
15.10.66 au 12.11.66
9.1.67 au 25.2.67

Boisson : Vin et cidre (4 litres par jour).

Le 4.11.65 : A l'entrée, température à 39°5
malade extrêmement trémulent, obnubilé avec désorientation temporo-spatiale
agitation motrice avec réflexes ostéo-tendineux vifs.

Dans la soirée : pas de foyer infectieux
délire onirique marqué

Dans la nuit, déshydratation progressive avec sudation extrêmement importante puis crise d'épilepsie généralisée.

A reçu dans la journée :
- VALIUM 10 I.M. X 3
- HALOPERIDOL I.M X 2 sans aucun résultat.

Devant l'agitation progressive, nous devons :

1° l'attacher
2° commencer les perfusions d'HEMINEURINE 100 gouttes par minute en 5 minutes qui provoquent l'assoupissement du malade, puis 60 gouttes par minute; le malade s'endort en 1/2 heure ce qui nous permet de le détacher et de réhydrater le malade qui reçoit en by pass :

- GLUCOSE ISO 2 litres
--SERUM PHYSIOLOGIQUE 1 litre jusqu'au lendemain midi
Diurèse satisfaisante.

Le traitement se poursuit par le VALIUM 10 1 comprimé 3 fois par jour. Le malade reste calme, mange bien, mais l'examen clinique montre toujours des réflexes très vifs ce qui nous conduit à faire une ponction lombaire difficile qui montre une dissociation albumino-cytologique.

Le malade est montré au Docteur JEANSON qui demande qu'on élimine une compression médullaire. Sur ce, le malade qui se sent beaucoup mieux et qui garde une légère difficulté à la marche sans troubles de l'équilibre vrais, nous quitte pour des raisons familiales.

Un E.E.G. montre une épilepsie photo-sensible.

Il doit revenir nous voir car nous lui avons expliqué :

1 - qu'un des examens était anormal et qu'il faut le refaire.

2 - que son état est dû à son éthylisme et qu'il doit cesser de boire complètement.

Le malade a promis d'essayer et de revenir dans le cas où il ne pourrait pas se corriger seul.

Revient le 15.10.1966 très nettement amélioré sur le plan clinique et même l'épilepsie photo-sensible découverte à sa première hospitalisation n'est pas retrouvée.

Monsieur P... dit avoir continué à boire 1 verre de vin à chaque repas. Les troubles de la marche et les réflexes ne se sont pas améliorés. Nous commençons la cure de désintoxication qui se déroule selon la technique habituelle, sans aucun incident.

Dans les suites, aucune amélioration du syndrome neurologique.

Le malade revient le 9.1.67 sans amélioration alors que sur le plan psychique et social l'amélioration est manifeste.

Le malade est revu en Décembre 1967, s'est inscrit au "Mouvements des Buveurs Guéris" a repris une partie de ses activités, resté gai, euphorique, vient de temps en temps discuter dans le service avec les cures de désintoxication en route.

Monsieur D... Robert, âgé de 57 ans.

Domicile : Jouarre.

Profession : Ouvrier Agricole.

Hospitalisation : Chirurgie : 4 au 7 Juin 66
Médecine : 7 Juin au 13 Août 66.

Boisson : Vin : 6 litres de vin par jour.

Malade admis en Chirurgie pour cure radicale de hernie.

Dès son entrée ce malade nous déclenche un D.T. que les Chirurgiens traitent par EQUANIL et une réhydratation, prescrite mais non appliquée.

Le malade recevait en tout et pour tout 5 à 700 cm3 de liquide par 24 heures.

En effet, l'agitation n'étant pas contrôlée gênait considérablement les perfusions.

Le malade est transféré en Médecine le 7.6.66 pour :

- agitation extrême
- délire
- déshydratation très importante
- syndrome fébrile à 39°5

Le D.T. va être très difficile à réduire en raison, nous semble-t-il, de la déshydratation intense constituée en Chirurgie.

A noter que le malade avait reçu en Chirurgie jusqu'à 20 EQUANIL I.M. par 24 heures avec comme résultat un sub-coma thérapeutique, sans pour cela que soit contrôlée la déshydratation, l'hyperthermie et l'agitation.

Il existe à l'entrée un encombrement pulmonaire bilatéral et nous employons du VALIUM I.M. et de l'HALOPERIDOL I.M. :

- 6 VALIUM I.M. par jour
- 3 HALOPERIDOL par jour jusqu'au 10.6.67

De plus, nous perfusons le malade qui reçoit 4 litres par 24 heures dont :

- GLUCOSE : 2 litres
- ARGININE-SORBITOL 500
- SERUM PHYSIOLOGIQUE 500.

Le 11.6.66 : amélioration très importante sur le plan du délire, de la température et de la déshydratation.

Le malade boit de lui-même, ce qui nous permet pendant 24 heures de réduire les perfusions.

Mais le 13.6.66 reprise du syndrome fébrile en rapport avec une réaction au cathétère. Le malade refuse de boire, de nouveau s'agite, ce qui nous oblige à employer à nouveau NEUROLEPTIQUES et HYDROCORTISONE.

Devant l'aggravation du tableau clinique le malade présente des clochers fébriles à 40°. Nous pratiquons 3 hémocultures tandis que l'état de la jambe du malade nous fait pratiquer des antistaphylococciques tels que : PYOSTACINE et SOLNICOL. Ces perfusions d'antibiotiques, les neuroleptiques à fortes doses, les corticoïdes sont maintenus jusqu'au 17.6.66.

DISCUSSION

Comme les autres D.T.qui ne sont pas traités énergiquement dès le début par une réhydratation intensive (4 à 6 litres d'eau par 24 heures) le D.T. de Monsieur D... a évolué très longtemps. Cette évolution a été marquée par des incidents et des accidents qui font la gravité de tous les D.T. que nous sommes amenés à traiter à retardement.

De plus, Monsieur D..., alors que son D.T. était entièrement guéri est resté très longtemps confus. Il faisait une encéphalopathie alcoolique certaine dont nous n'avons pas pu suivre l'évolution car il est sorti le 21.8.66 dans un état physique acceptable mais très diminué sur le plan psychique.

TABLEAU A - MALADES CHIRURGICAUX TRAITES PAR EQUANIL I.M. ANNEE 61-62

Nb de D.T. = 10	Durée du D.T.	Dose d'Equanil reçue en I.M. par 24 h.																	
		1 jour	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Ulcère perforé	8 j	4 g	4	4	2,4	2,4	2,4	2	2	1,2	1,2	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	→
Ulcère perforé + péritonite	10 j	12 g	4	8	8	8	8	6	4	2,4	2,4	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	- -	→
Fracture fermée du fémur	8 j	8 g	8	6	6	4	4	2,4	2,4	2	1,2	1,2	0,8	- -	- -	- -	- -	- -	→
Fracture fémur ouverte	12 j	2 g	8	8	8	6,4	6,4	6,4	4	4	4	4	2,4	2	2	1,2	1,2	0,8	0,8 →
Abcès appendiculaire	9 j	8 g	6,4	1,6	4	4,8	4,8	4,8	2,4	2,4	1,2	1,2	1,2	0,8	0,8	- -	- -	- -	→
Cholécystite	5 j	6 g	6	4,8	4	4	2,4	1,2	1,2	0,8	0,8	- -	- -	- -	- -	- -	→		
Trauma crânien N° 1	4 j	4 g	2,4	2	2	1,2	1,2	1,2	0,8	- -	- -	- -	- -	- -	→				
N° 2	3 j	4 g	2,4	2	1,2	1,2	1,2	1,2	0,8	0,8	- -	- -	- -	- -	→				
N° 3	5 j	4 g	4	4	4	4	1,2	1,2	1,2	0,8	- -	- -	- -	- -	→				
N° 4	4 j	4 g	4	4	4	1,2	1,2	1,2	1,2	- -	- -	- -	- →			0,8			
N° 5	1 j	2 g	0	0															

TABLEAU B

VALIUM + HALOPERIDOL

Nb de malades : 20	Durée du D.T.	Dose reçue																
		1er jour	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
11	4 j.	3 Valium IM 3 Halop.	" "	" "	Valium 10x3 Haloperidol 10x3	" "	" "	" "	" "	→								
5	4 j.	4 Valium IM 4 Halop.	" "	" "	" "													
4	5 j.	6 Valium 6 Halop.	6V 6H	6V 4H	6V 4H	5V 3H	3V 3H	3V 5H	3V 3H	Valium 10 Haloperidol 10x3								

TABLEAU C

HEMINEURINE

Nb de malades : 14	Durée du D.T.	Dose reçue														
		1er jour	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
8	2 j.	2 flacons	2	1	Valium 10 comp. x3 Halop. 10x3	=	=	=	=	0						
4	3 j.	3 flacons	2	2	Vcomp. 4 jrs											
2	5 j.	3	3	2	2	1	Valium + Halop.									

Dix malades chirurgicaux : perforation
fractures
trauma

ont été traités pour des délirium tremens typiques par de l'Equanil I.M.

Nous avons regroupé les dix cas que nous n'avons pas ainsi suivi personnellement pour tenter une comparaison avec les autres essais thérapeutiques.

Nous avons choisi les délirium trémens typiques ayant présenté tous les signes cliniques d'un délirium et dont le traitement a été entrepris dans les premiers instants de l'hospitalisation.

Ces 10 malades sont sortis de l'Hôpital en B.S.

Il n'y a pas eu de complications.

Il est à noter :

1) que les doses d'Equanil faites au début du traitement et qui correspondent aux doses classiquement recommandées ont été rapidement dépassées dans les heures suivantes.
   Un malade a reçu la première journée 12 g d'Equanil.
2) que la durée moyenne du D.T. est de 7 jours.
3) les doses élevées d'Equanil sont sûrement dues au fait que la réhydratation n'a pas été suffisante en moyenne 2 litres 500/24 h. et que tous ces malades ont été attachés.
4) une mention spéciale doit être faite pour les trauma crâniens, où il semble que l'Equanil en I.M. ait une action spéciale.

En effet le DT N° 1 et N° 2 ont reçu des doses relativement modérées d'Equanil avec une amélioration spectaculaire du DT et du syndrome d'HIC.

Il est difficile de préciser si l'Equanil a agit sur l'élément alcoolique, surtout qu'il était associé au sérum glucosé hypertonique.

5) Deux TC N° 3 et 4 ont reçu par erreur de l'Equanil IV 4 gr/24 h. dans du glucosé hypertonique.

Nous n'avons noté aucun incident particulier.

Pas de modification d'action de l'Equanil.

6) Un malade présentant un traumatisme crânien a été considéré pendant 24 heures comme un DT (température à 40° - déshydratation - obnubilation etc...). Il a reçu en tout et pour tout 2 gr d'Equanil. Tout est rentré dans l'ordre, il n'a reçu aucun traitement par la suite.

---

61 - 62

- deux tentatives de traitement par le Viadril en perfusion se sont terminées par deux décès, la première journée du traitement.
- les deux malades étaient jeunes 32 ans et 55 ans.

présentaient tous les deux un DT typique, d'emblée alarmant, avec une déshydratation intense, une fièvre à 40°, une respiration extrême.

- le premier (32) avait des fractures de côtes avec un léger hémothorax et une fracture de la clavicule droite.

  Le traitement avait été mis en route à midi.

  Malade calme)
)
  Respiration normale) jusqu'à 20 h.
)
  Pouls))
) stables)
  T.A.))

  Décès brutal à 22 h.

- le deuxième malade (55 ans) présentait une grosse fracture du bassin.

  Malade vu 48 h. après l'accident

  DT typique.

  Mise en route du Viadril à 16 h.

  Décès à 24 h. dans les mêmes conditions que pour le premier malade.

Ces deux décès semblent être en rapport avec un manque de surveillance des malades. Les mêmes raisons qui empêchent le traitement du DT par les méthodes classiques (non contention, réhydratation du malade en chambre seule) rendent évidemment très dangereux les traitements intensifs.

62-63

Foie lyophilisé. Rohaved à forte dose - 20 à 30 amp. en perfusion I.V., associé à l'Equanil.

- Trois malades ont été traités de cette façon.

- au deuxième jour les doses d'Equanil étaient tellement importantes que nous avons interrompu 4 fois.

-:-:-:-:-:-

T A B L E A U N° 1

Nombre total d'hospitalisations pendant la période d'observation du 31.10.1965 au 31 Octobre 1967, en médecine, Service du Docteur DEVAUX :

HOMMES	:	965
FEMMES	:	865
TOTAL	:	1830

T A B L E A U N° 2

Nombre de Délirium trémens, parmi les malades hospitalisés durant la période du 31 Octobre 1965 au 31 Octobre 1967

HOMMES	:	41	soit 5 % du total
FEMMES	:	8	soit 1 % du total
TOTAL	:	49	soit 3 % du total

T A B L E A U N° 3

HOSPITALISATION DES MALADES EN DELIRIUM TREMENS SELON LE MOIS DE L'ANNEE

JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE
0	3	2	5	7	3	3	7	1	4	4	3
	1		1	2			1	1			2

T A B L E A U N° 4

HOSPITALISATION DES DELIRIUM-TREMENS (HOMMES ET FEMMES) SELON L'AGE

20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
				1	1			1	0	2	1	3	2	4	1	3	2	0	2	1	1	2	2	1	2	2			
									2		1				1		1												1
50 ans et plus																													
								5																					
								2																					

TABLEAU N° 5

HOSPITALISATION SELON LA PROFESSION

1° HOMMES

MANOEUVRES	:	10
Ouvriers agricoles	:	12
Ouvriers non spécialisés	:	6
Chauffeurs de camion	:	3
Garde-chasse	:	2
Serrurier	:	1
Boucher	:	1
Employé municipal	:	1
Facteur	:	1
Comptable en chômage	:	1
Technicien	:	1
Brancardier hôpital	:	1
Horticulteur	:	1

2° FEMMES

Commerçante	:	1
Femme de ménage	:	1
Ouvrière	:	1
Sans profession	:	5

T A B L E A U N° 6

Hospitalisation selon la situation familiale

1° HOMMES

Célibataires	: 5
Divorcés	: 7
Marié sans enfants	: 2
Marié avec un enfant ou plus	: 32
Marié : mais mauvaise entente familiale	: 6

2° FEMMES

Divorcée	: 1
Divorcée et remariée	: 1
Veuves + 2 filles	: 1
Veuves sans enfants	: 2
Mariée : mauvaise entente familiale	: 1
Célibataire	: 1
Mariée 2 enfants	: 1

T A B L E A U N° 7

DEVENIR DES MALADES EN DELIRIUM TREMENS APRES LEUR GUERISON

1° - Malades ayant subi une cure de désintoxication complète, avec séjour en Post-Cure :

Hommes	10
Femmes	0

2° - Malades ayant subi une cure de désintoxication incomplète, sans post-cure :

Hommes	21
Femmes	4

3° - Malades revus :

Hommes	17
Femmes	0

TABLEAU N° 8

Hospitalisation des malades selon le mode d'entrée

Entrés directement en médecine		Transférés de Chirurgie	
Hommes	23	Hommes	18
Femmes	7	Femmes	1

C O N C L U S I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Donc, nous avons passé en revue quelques cas d'alcooliques graves soignés à l'Hôpital de COULOMMIERS.

Notre étude s'est limitée à ceux de nos malades qui présentaient un délirium trémens et nous nous sommes efforcés d'établir le pronostic et l'épidémiologie du délirium en nous limitant au seul problème régional de COULOMMIERS.

Au terme de cette observation, quelles conclusions pouvons-nous tirer ?

1°) Nous pensons tout d'abord qu'une conclusion générale s'impose qui concerne l'origine sociale de nos malades. Il s'agit en effet dans plus de 95 % des cas de malades occupant une position sociale très médiocre : ouvriers agricoles, petits salariés, chômeurs, pour lesquels on met très souvent en évidence (75 % des cas) une notion de déclassement professionnel.

Une remarque viendra s'ajouter à cette conclusion, nous avons été en effet frappés par le très petit nombre d'étrangers parmi nos malades et ceci est d'autant plus frappant que la région étant en pleine transformation économique : la main d'oeuvre étrangère s'y est fortement implantée durant ces 5 dernières années.

Faisant suite à ces remarques d'ordre social une autre conclusion se dégage de cet exposé : c'est la situation familiale précaire et un grand nombre de nos malades parmi lesquels nous trouvons 70 %

des sujets au milieu familial affectivement insuffisant, alcooliques sans justification, sans autre objet de satisfaction que le verre sur le zinc du café. Une autre remarque enfin concernant le nombre important de sujets à coefficient intellectuel bas ou de petits débiles parmi nos malades.

Alors sur cette population particulière, quelles sont maintenant les grandes lignes du pronostic pour nos malades en délirium trémens ?

2°) Rappelons tout d'abord que le pronostic sera d'autant plus grave qu'une tare (ceci est rare, car il s'agit, comme nous l'avons dit plus haut, de sujets jeunes) : cardiopathie, diabète, cirrhose s'associera au délirium trémens; c'est parmi eux que nous retrouverons le plus grand nombre de complications du D.T.

3°) Nous voudrions revenir à ce propos sur un point qui nous parait capital.

Parmi toutes les thérapeutiques que nous avons étudiées, l'élément fondamental semble être la réhydratation. Comme le souligne le Professeur BOUDIN dans sa monographie sur le D.T., c'est d'elle que dépend le sort des malades en délirium.

Les autres thérapeutiques, en particulier les neuroplégiques ont une grande importance, car c'est de leur action dont dépend la mise en oeuvre correcte de la réhydratation. Nous avons utilisé dans le service du Dr DEVAUX à l'Hôpital de COULOMMIERS, l'hémineudrine en perfusion intra-veineuse. Ce médicament nous a permis d'obtenir une sédation rapide de l'agitation, sans que nous ayons eu

à déplorer aucun des accidents classiquement décrits avec ce produit.

4°) Enfin, nous avons vu qu'un certain nombre de nos malades guéris, 10 sur 49, de leur D.T. ayant accepté la cure de désintoxication et séjourné en post-cure repartent chez eux guéris.

Pour eux, le pronostic favorable sera fonction de 3 éléments :

- élément familial : car il faudra que la famille en réintégrant l'ancien buveur comprenne le rôle qu'elle a joué dans la consolidation de son abstinence.

- élément professionnel : il faut que le malade soit prêt à faire face aux réactions ironiques et hostiles que son refus de boissons alcoolisées pourra provoquer chez ses camarades de travail (nous pensons en particulier aux ouvriers du bâtiment).

- élément social enfin, et nous pensons qu'il est infiniment souhaitable que le malade participe aux activités d'une association de buveurs guéris qui souvent l'aidera efficacement à reprendre sa place dans la Société.

VU, le Président de Thèse,

M. le Professeur GAULTIER

VU, le Doyen,

M. le Professeur BROUET

VU, le Recteur,

M. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

BOUDIN -

Le délirium trémens en monographies médicales.

Flammarion 1960.

MAGNAN -

L'alcoolisme 1874.

LEREBOULLET -

Les démences alcooliques.

Revue du Praticien du 11 Sept. 1966.

SOUBRIER R., BUNJAC-Me HERLENT M. (Montauban)

Le traitement du délirium trémens par l'HEMINEURINE en perfusions I.V.

Extrait de la revue de l'Hôpital. Avril 1967, N° 778, pages 255 à 259.

BINNERT D. et REPOLT J. (Dijon) -

L'HEMINEURINE dans le traitement de l'agitation au cours du Délirium trémens des affections neurologiques et des psychoses.

SALMON-ROBERT -

HEMINEURINE injectable - médication d'urgence.

BUNJAC -

Délirium trémens.

Extrait de la Gazette des Hôpitaux. 138 année N° 33-36 Novembre 1966, pages 1581 à 1586.

LEREBOULLET J., GAUTIER J.C., LAPRESLE, VICHOT, PEQUIGNOT H. -

Quel est le traitement actuel du "délirium trémens"

Confrontation de l'Hôpital Necker.

La Revue Médicale 76, N° 3, 20 Janvier 1968.

IMMEX -

Intoxication alcoolique.

2ème année N° 3 - Mars 1965.

PLUVINAGE R. -

Les encéphalopathies alcooliques.

LEREBOULLET J. -

La désintoxication alcoolique.

ELISSADE B. -

L'alcoolisme chronique et ses complications mentales.

PERRIN Paul et SIMON Geneviève -

Les responsabilités de l'alcoolique.

Revue du Praticien 1er Février 1964. Tome XIV N° 4.

PLUVINAGE R. -

L'action de l'alcool sur le système nerveux.

Revue du Praticien 1er Février 1964, Tome XIV N° 4.

LEREBOULLET J. -

La désintoxication alcoolique. Le rôle respectif de l'Hôpital, du Dispensaire et du médecin praticien.

La Revue du Praticien 1er Février 1964. Tome XIV N° 4.

DUCHENE H. et BAILLY-SALIN P. -

La loi du 15 Avril 1954 sur les alcooliques dangereux, son application.

La Revue du Praticien. Tome XIV N° 4, 1er Février 1964.

FONTAN Michel (Lille) -

L'alcoolisme féminin.

Revue du Praticien. Tome XIV N° 4. 1er Février 1964.

SOUBRIER J.P. -

Conduite à tenir devant un délirium : 1964.

SOLBERT-SONG et Coll. -

Treatment of alcoholol Withdrawal Syndromes

J.A.M.A. 10 Juillet 1967.

BRAUN Daniel -

"Le pronostic d'avenir du D.T."

Thèse Paris 1965.

DELIRIUM TREMENS

AMLER G. et al. -

Electroencephalographic changes and their interpretation in the treatment of delirium tremens with chlormethiazol.

Arzneimittelfurschung 15 : 837-40, Août 1965 (All.)

An intensive one year study of delirium tremens in Copenhagen

Acta Psychiat. Scand. 41 : suppl. 187 : 32, 1965 (USA).

ASCHIERI G. -

Therapy and prevention of delirium tremens.

Minerva Med. 57 : 275-8, 27 Janvier 1966 (It).

BARDENAT C. -

Efficacité remarquable de méprobamate I.V. dans le traitement du délirium trémens.

Ann. médicopsychol. 119/1 : 951-4, Mai 1961 (Fr.).

BARRODY N.B. Jr et Al. -

Management of delirium tremens : preliminary observations with trifluoperazine.

J.A.M.A. 172 : 1284-7, 19 Mars 1960 (USA).

BERGENER M. et al. -

On the clinical aspects and therapy of delirium tremens with special reference to chlormethiazole therapy.

Nervenarzt 36 : 156-61.

BERNER P. et al. -

On the differential diagnosis of delirium tremens in its preliminary stage.

Wien Klin. Wschr. 75 : 61-3, 25 Janvier 1963 (All.).

BOLZANI L. et al. -

Delirium tremens and autohemotherapy.

Tiv. sper Frenait 83 : 1372-82, 31 Déc. 59 (It.).

BOCKER F. -

Delirium tremens : today controllable.

Med. Welt. I : 63-4, 2 Janv. 1965.

BORNSTEIN S. et al. -

Signes et traitement du délirium trémens.

Maroc Med. 39 : 241-6, Mars 1960 (FR).

BOUDIN G. et al. -

Le syndrome biologique du délirium trémens.

Presse Méd. 68 : 1469-72, 17 Sept. 1960 (Fr.).

BOUDIN G. et al. -

Le syndrome biologique du délirium trémens.

Presse Méd. 68 : 1503-6, 24 Sept. 1960 (Fr.).

BROTTO M. -

Clinical and therapeutic observations on a group of 50 cases de delirium tremens.

Sist Nerv. 13 : 121-40, Mars-Avril 1961 (It.).

BURHER O.A. -

On 204 cases of delirium tremens.

München Med. Wschr. 106 : 1016-20, 29 Mai 1964 (All.).

CANTONI R. et al. -

On a method of treatment of delirium tremens

Schweiz. Med. Wschr. 89 :1111-3, 17 Octobre 59 (Fr.).

CIRILLI M. -

Traitement du délirium trémens par l'alimémazine.

Gaz. Med. France 68 : 951-2, 10 Avril 61 (Fr.).

CIRILLI M. et al. -

Traitement du délirium tremens par de nouveaux produits neuroplégiques.

Clinique (Paris) 56 : 497, 15 Oct. 1961 (Fr.).

CLARY R. -

Délirium trémens.

J. Kentucky Med. Ass. 59 : 679-81, Juillet 1961 (USA).

COSSA P. et al. -

Le traitement du délirium trémens.

Gaz. Med. France 68 : 901-7, 10 Avril 1961 (Fr.).

COSSA P. et al. -

L'évolution du traitement du délirium trémens.

Gaz. Med. France 72 : 1353-7, 10 Avril 1965 (Fr.).

COTTE L. -

Le délirium et les accidents de travail.

Sem. Med. Prof. (Paris) 36 : 421-6, 30 Avril 1960 (Fr.).

CUTSHALL B.J. -

The sanderssutton syndrome : an analysis of delirium tremens.

Quart. J. Stud. alcohlo. 26 : 423, Sept. 1965 (USA).

DALAYEUN J. -

Constatations dans le traitement du délirium trémens et du délirium alcoolique subaigu.

Cah. R.M.F. 77 : 49-54, Janvier 1963 (Fr.).

DAUMEZON G. et al. -

Sémiologie neuro-psychiatrique du délirium trémens.

I. Troubles de la déglutition et du tonus.

Ann. Médico-Psychol. 119 : 740-47, Nov. 1961 (Fr.).

ESPIE J. -

Pharmacologie de la centrophénoxine. Application au délirium trémens.

Lyon Med. 215 : 935-47, 27 Mars 66 (22 ref.) (Fr.).

EWART R.B. et al. -

Méthaqualone addiction and delirium tremens.

Brit. Med. J. 3 : 92-3, 8 Juil. 67 (Angl.).

Traitement courant du délirium trémens

Marquette Med. Rev. 27 : 29-34, Nov. 1961 (USA).

FRITSCHKA J. et al. -

Traitement du délirium trémens avec le Chlormethiazol.

Deutsch. Med. Wschr. 89 : 1632-5, 28 Août 1964 (All.).

DAUMEZON G. et al. -

Sémiologie neuro-psychiatrique du délirium trémens.

2. Troubles de la réaction de préhension et troubles de la régulation orthostatique.

Ann. Médico-Psychol. 119 : 747, 53, Nov. 1961 (Fr.).

GIACOBINI E. et al. -

Traitement du délirium trémens. Une étude comparative des différentes méthodes thérapeutiques dans 434 cas.

Acta Psychiat. Scand. 37 : 198-208, 1961 (USA).

GIRARD P.F. -

Exposé introductif à l'étude du délirium trémens.

Lyon Med. 215 : 847-52, 27 Mars 1966 (Fr.).

HELBIG H. -

Fatal alcohol delirium demonstrated in 54 cases.

Nevernarzt 33 : 221-6, Mai 1962 (All.).

HOAGLAND R.J. -

Treatment of delirium tremens.

Southern Med. J. 59 : 1049-5, Sept. 66 (USA).

HUHN A. et al. -

Treatment of delirium tremens.

Deutsch. Med. Wschr. 92 : 261-3, 10 Février 1967 (All.).

HURLIMANN F. et al. -

Basic Therapy of delirium tremens with chlordiazepoxide

Schweiz. Med. Wschr. 95 : 1591-6, 13 Nov. 1965 (All.).

JULIEN J. -

Le délirium trémens et son traitement.

J. Med. Bordeaux 139 : 1614-8 Nov. 62 (Fr.).

KIRCHHOF J.K. et al. -

On the role of the optic thalamus in the clinical picture of delirium tremens.

Nervenarzt 35 : 84-8, Fév. 1964 (All.).

KJOLSTAD T. -

Drug therapy of delirium tremens.

T. Norsk Laegeforen 86 : 1209-10, 1er Sept. 1966 (Nor.).

KRYSTAL H. -

The physiological basis of the treatment of delirium tremens.

Amer. J. Psychiat. 116 : 137-47, Août 1959 (USA).

LAI G. et al. -

Librium dans le traitement du délirium trémens.

Praxis 51 : 236-8, 1er Mars 1962 (Fr.).

LAXENAIRE M. et al. -

Effect of chlormethiazole in treatment of delirium tremens and status epilepticus.

Acta Psychiat. Scand. 42 : suppl. 192 : 87, 1966 (USA).

LEREBOULLET J. -

Delirium tremens.

Rev. Prat. 12 : 3293-304, 1er Déc. 1962 (Fr.).

MASCIOCCHI A. et al. -

Viadril in the treatment of delirium tremens and states of confusional excitement in alcoholics.

Rass. Neuropsychiat. 13 : 256-72, 1959 (It.).

Mc NICHOL R.W. et al. -

Management of withdrawal from alcohol (including delirium tremens).

Southern. Med. J. 60 : 7-12 Janv. 1967 (USA).

MOHR P. et al. -

A propos de 200 cas de délirium trémens traités par STRATRAN.

Sem. Thér. 38 : 748-50, Oct. 1962 (Fr.).

MORENON J. et al. -

Comptabilité du Viadril et du méprobamate injectable.

Application au traitement des délirium trémens.

Ann. Med. Nancy 4 : 1026-36, Nov. 1965 (Fr.).

MULLER-FAHLBUSCH H. -

Problèmes of early diagnosis of delirium tremens.

München Med. Wschr. 107 : 1196-200, 11 Juin 1965 (All.).

MULLER-FAHLBUSCH H. -

Epileptiform seizures in delirium tremens.

München Med. Wschr. 107 : 2473-6, 3 Déc. 1965 (All.).

NEUFMANN H. et al. -

Recent views on the treatment of delirium tremens.

Med. Welt. 31 : 1559-63, 5 Août 1961 (All.).

NEUMANN H. -

Scopolamine or SEE in delirium tremens.

Med. Welt. 9 : 496-500, 27 Fév. 1960 (All.).

NEUMANN H. -

Treatment of delirium tremens.

Ther. Gegew 102 : 649-54, Juin 1963 (All.).

PETERS U.H. et al. -

Vitamin B6 deficiency in delirium tremens.

Arch. Psychiat. Nervenkr. 201 : 165-72 (All.).

POMME B. et al. -

A propos de l'action du valium injectable dans 60 cas de délirium trémens.

Ann. Médico-Psychol. (Paris) 123 : 214-8, Juil. 1965 (Fr.).

ROCHE L. et al. -

Signification de l'alimenazine dans le traitement du délirium trémens.

Lyon Med. 95 : 255-71, 3 Fév. 1963 (Fr.).

SARTORI -

Diagnosis and treatment of delirium tremens.

Acta Anesth. (Padova) 14 : 484-7, Sept. Oct. 1963 (It.).

SATTES H. -

Treatment of delirium tremens with chlormethiazole.

Acta Psychiat. Scand. 42 : suppl. 192 : 1391, 1966 (USA).

SATTES H. -

The treatment of delirium tremens with distraneurin.

Med. Klin. 59 : 1515-7, 18 Sept. 1964 (All.).

SORENSEN B.F. -

Delirium tremens and its treatment.

Danish Med. Bull. 6 : 261-3 Nov. 1959 (Dan.).

STEIGMANN F. et al. -

Hepatitis of delirium tremens. A clinical pathological correlation.

Amer. J. Gastroent. 46 : 135-42, Août 1966 (USA).

SZANTO P.B. et al. -

Alcoholic hepatitis in delirium tremens.

T. Gastroent. 7 : 288-94, 1964 (USA).

TAVEL M.E. -

A new look at an lod syndrome : delirium tremens.

Arch. Intern. Med. 109 : 129-34, Février 1962 (USA).

THIELE W. et al. -

Corticoïd treatment of delirium tremens.

Nervenarzt 32 : 405-8, Sept. 1961 (All.).

TOLOT F. et al. -

Un nouveau neuroleptique dans le traitement du délirium trémens : prothypendyl HCI.

J. Med. Lyon 44 : 841-52, 5 Mai 1963 (Fr.).

VAZQUEZ H.J. -

Incidence of and predisposition to delirium tremens.

dia Med. 35 : 556-7, 9 Mai 1963 (Sp).

VEDRINNE J. et al. -

Le traitement du délirium trémens.

Rev. Lyon. Med. 14 : suppl. 69-74, 1965 (Fr.).

WILHOIT W.M. -

The broader treatment of acute alcoholism and delirium tremens.

J. Florida Med. Ass. 52 : 254-5, Avril 1965 (USA).

WILSON W.P. et al. -

The treatment of delirium tremens.

N. Carolina Med. J. 26 : 552-6 Déc. 1965 (USA).

WOOD H.P. et al. -

Delirium tremens following withdrawal of ethchlorvinol.

Amer. J. Psychiat. 121, 1127-9, Mai 1965 (USA).

ZIPORYN M. -

Effective management of delirium tremens.

Appl. Therm. 137-8, Février 1963 (USA).